

**STECR** Werkwijzer

# Somatisatie

**Multidisciplinaire aanpak  
bij somatoforme verschijnselen  
door arboprofessionals**

6



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	Samenvatting en uitgangspunten	4
<b>2</b>	Inleiding en verantwoording	7
<b>3</b>	Definities en uitgangspunten	12
	3.1 Somatisatie en somatoforme verschijnselen; begripsbepaling en kader	12
	3.2 Het biopsychosociaal model	13
	3.3 Het gevolgenmodel	15
<b>4</b>	Systematische aanpak bij somatoforme verschijnselen door arboprofessionals	17
	4.1 Inleiding	17
	4.2 Diagnostiek bij somatoforme verschijnselen: een multifactoriële aanpak	19
	4.2.1 Beslisboom, differentiaaldiagnose en medische aspecten	19
	4.2.2 Het belang van de omgeving en van coping	25
	4.3 Begeleiding en behandeling bij somatoforme verschijnselen	28
	4.3.1 Inleiding	28
	4.3.2 Werkmodel	29
	4.3.3 Procescontingente begeleiding	32
	4.3.4 Het geven van een rationale	32
	4.4 Aanpak op het spreekuur	33
	4.5 Begeleiding in de tweedelijns arbodienstverlening en tweedelijns reguliere zorg	35
	4.6 Somatoforme verschijnselen en arbeids(on-)geschiktheid	37
	4.7 Aanpak van somatoforme verschijnselen bij allochtonen	39
	4.8 Samenwerking met curatieve sector	39
	4.9 Aanpak van somatoforme verschijnselen door het werk	40



## Vervolg inhoudsopgave

<b>5</b>	Aanpak op meso- (binnen arbodienst en bij werkgever-klant) en macroniveau	41
5.1	Voorgestelde werkwijze voor de arbodienst	41
5.2	Voorgestelde werkwijze m.b.t. (klant-)werkgever	43
5.2.1	Inleiding	43
5.2.2	Werkwijze zonder interventie van de arbodienst	43
5.2.3	Werkwijze werkgever naast begeleiding door de arbodienst	44
5.3	Somatoforme verschijnselen en (de-)medicaliseren	45
<b>6</b>	Achtergrondstudie	47
6.1	Somatoforme verschijnselen door psychiatrische aandoeningen	47
6.2	Functionele syndromen	48
6.2.1	Diagnostische criteria	48
6.2.2	Oorzaken van functionele syndromen	49
6.2.3	Algemene begeleiding- en behandelprincipes bij functionele syndromen	49
6.3	Somatoforme stoornissen	53
6.3.1	Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	53
6.3.2	Pijnstoornis	53
6.3.3	Hypochondrie	55
6.3.4	Somatisatiestoornis	57
<b>7</b>	Aanbevelingen	58
<b>8</b>	Literatuur	59
<b>9</b>	Bijlagen	64

# 1 Samenvatting en uitgangspunten

Lipowski definieert somatisatie als: ‘De neiging om lichamelijke ongemakken en klachten – die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard – te ervaren en te rapporteren, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken.’

Somatisatie is een veel voorkomend verschijnsel: bij patiënten van huisartsen komt het bij 20 tot 50 procent van de klachten voor. Het varieert van een goed corrigeerbaar fenomeen tot een gefixeerd, jarenlang bestaand patroon als ‘ziekte’, in de vorm van een somatoforme stoornis, die aan de criteria voldoet van de DSM-IV (zie [bijlage B](#)). Onder de genoemde definitie vallen veel verschillende vormen van somatisatie en is het proces het uitgangspunt. Om een meer eenduidig uitgangspunt te hebben stelt de Kenniskring de klachten, vertaald naar de term somatoforme verschijnselen, centraal. Dit sluit beter aan op de eerstelijns arbozorg. De definitie hiervoor is: **‘Een somatische klacht waaraan de patiënt een somatische verklaring geeft en waarvoor hij somatische hulp wil, waarbij de arts geen afdoende somatische verklaring vindt.’** De bijpassende en in de Werkwijzer gebruikte terminologie is: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

Deze Werkwijzer beschrijft met name de aanpak van somatoforme verschijnselen zoals ze meestal in de eerste lijn voorkomen, dat wil zeggen zonder onderliggende somatoforme stoornis. Vaak houden somatoforme verschijnselen verband met stressoren en verhoogde gevoeligheid voor signalen. Patiënten met deze vorm zijn met de juiste aanpak goed te begeleiden. Arboprofessionals hebben het meest met somatoforme verschijnselen in deze vorm te maken. Na uitsluiting van een somatische aandoening dienen in de differentiaaldiagnose psychiatrische aandoeningen – zoals een depressie of een angststoornis (bij ongeveer eenderde van deze patiënten) – en de weinig voorkomende somatoforme stoornissen overwogen te worden.

Een aparte categorie vormen de somatoforme verschijnselen in het kader van een zogenaamd functioneel syndroom. Bovengenoemde verbanden kunnen ook hiervoor gelden. Zijn deze er niet, dan is het vooral zaak aandacht te besteden aan het beperken van negatieve gevolgen.

De onderstaande referentiekaders van de behandelende sector zijn volgens de Kenniskring relevant voor de arboprofessionaal voor de diagnostiek en aanpak

## Vervolg samenvatting en uitgangspunten

van somatoforme verschijnselen:

- *Het biopsychosociaal model.* Dit sluit goed aan op de multifactoriële probleem-analyse, integreert het tweesporenbeleid waarbij de arboprofessionaal medische en andere factoren analyseert en in het beleid meeneemt. Het model is nuttig in het onderscheiden van de invloed van met name het zorg-, werk- en thuissysteem en copingvaardigheden van de werknemer op het beloop van de klachten. Hierbinnen is het *gevolgenmodel* van specifiek belang omdat bij somatoforme verschijnselen een eenzijdige discussie over mogelijke oorzaken fixerend werkt. In zulke gevallen is de werknemer geholpen met advies over de aanpak van gevolgen, met name om functioneringsverlies en arbeidsongeschiktheid te beperken en te herstellen.
- *De reattributietechniek.* Gebleken is dat dit de meest effectieve techniek is voor de aanpak van somatoforme verschijnselen in de eerste lijn, met aangetoonde effecten in de vorm van reductie van medische consumptie en ziekteverzuim. De stappen zijn:
  1. Neem de klacht serieus.
  2. Verbreed de agenda.
  3. Leg de link.

In deze Werkwijzer zijn de genoemde modellen en techniek door de Kenniskring geïntegreerd in een *werkmodel* voor de arboprofessionaal. Op basis van het bovengenoemde stelt de Kenniskring de volgende werkwijzen voor:

- 1) Voor de diagnostiek en aanpak van somatoforme verschijnselen door de arbo-dienst.
- 2) De aanpak bij en door de klant-werkgever.

Voor de aanpak door de klant-werkgever geldt dat somatisatie bij de werknemer kan worden versterkt door aan te dringen op legitimering (aan de werknemer vragen een strikt medische oorzaak aantoonbaar te maken en zich onder 'officiële medische behandeling' te laten stellen) of door een passieve houding aan te nemen. Voorlichting hierover en het tijdig en gericht betrekken van de arbodienst is hier op zijn plaats.

De Kenniskring stelt dat voor de hantering van deze Werkwijzer en het centrale *werkmodel* een training nodig is. Uit onderzoek is gebleken dat eerstelijns professionals na een gerichte training reattributie kunnen toepassen met aantoonbare effecten op medische consumptie en ziekteverzuim. Verder leert de ervaring dat de in de Werkwijzer aanbevolen kennis en vaardigheden zeer wisselend bij



## Vervolg samenvatting en uitgangspunten

eerstelijns arboprofessionals aanwezig zijn.

Somatoforme verschijnselen worden vaak in verband gebracht met het begrip (de-)medicaliseren. De Kenniskring stelt dat een niet eenzijdige, op legitimatie gerichte wetgeving en goede arbozorg demedicaliserend werken. Echter, heeft een werknemer somatoforme verschijnselen zonder hersteltendens en met functioneringsverlies, dan is ‘medicalisering’ juist geïndiceerd. Dit gebeurt door arbo-professionals die in een biopsychosociaal kader werken en met inzet van een bedrijfsarts die gericht samenwerkt met andere arboprofessionals.





# 2 Inleiding en verantwoording

Arboprofessionals ervaren regelmatig dat ze werknemers begeleiden met ‘somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten’. De begeleiding van deze werknemers ervaren zij vaak als moeilijk. Dit hangt voor een deel samen met het feit dat een strikt medische diagnostiek en behandeling niet volstaat voor deze klachten. Daarnaast vertonen deze werknemers vaak weerstand tegen de opvatting dat de klachten verklaard kunnen worden door een niet strikt somatische oorzaak, zoals een samenhang van de klachten met stressoren.

Het doel van de Werkwijzer is inzicht te geven in de diverse uitingsvormen en aan te geven wat de meest effectieve aanpak is. De Werkwijzer sluit aan op de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) voor de begeleiding van werknemers met psychische klachten<sup>1</sup>. Deze [NVAB-richtlijn](#) geeft beperkte aanwijzingen voor diagnostiek en de begeleiding van werknemers met ‘lichamelijk onverklaarde klachten’.

De Kenniskring heeft ervaren dat er vooral veel vragen en verschillende meningen zijn over de begeleiding van werknemers met een zogenaamd functioneel syndroom. Wij willen benadrukken dat deze Werkwijzer met name gericht is op diagnostiek, interventie en begeleiding bij korter durende vormen van somatoforme verschijnselen die frequent in de eerstelijns arbozorg voorkomen. Een aantal facetten daarvan blijkt toepasbaar bij de lichtere vormen van functionele syndromen. Deze zijn beschreven. Bij de zeer langdurige en zwaardere vormen van functionele syndromen blijkt dit veel moeilijker en is er nog veel onderzoek nodig. De Kenniskring heeft op dit punt gekozen zich te beperken tot het vermelden van relevante achtergrondinformatie.

Hoewel veel elementen uit deze Werkwijzer waarschijnlijk kunnen worden toegepast bij de begeleiding van allochtonen, wordt er beperkt ingegaan op de begeleiding van deze groep werknemers. De reden hiervoor is dat de begeleiding van deze groep te veel buiten de kaders van deze Werkwijzer valt.

De aanpak van somatoforme verschijnselen wordt op drie niveaus belicht:

- *Op microniveau:* het niveau van de werknemer. Op basis van de bestaande literatuur staat beschreven bij welke ziektebeelden het voorkomt, hoe dit zich uit, wat de meest effectieve aanpak is en hoe dit is in te passen in het reguliere spreekuur.
- *Op mesoniveau:* het niveau van de arbodienst en van de werkgever-klant. Hiervoor stelt de Kenniskring werkwijzen voor op basis van eigen praktijkerva-



## Vervolg inleiding en verantwoording

ringen, aangezien hierover vrijwel geen literatuur of onderzoek bestaat.

- *Op macroniveau:* het niveau van branches, overheid en maatschappij. Dit wordt beperkt besproken op basis van de interpretatie van de Kenniskring en in verband gebracht met de term (de-)medicaliseren.

De Werkwijzer is bedoeld voor de arboprofessionals die in hun werk veel te maken hebben met somatoforme verschijnselen. Dit zijn vooral professionals die werknemers zien voor verzuimbegeleiding en op het open arbeidsomstandighedenprekeuur, zoals bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbeidsrevalidatietherapeuten en psychologen. Daarnaast is de Werkwijzer relevant voor arbeids- en organisatiepsychologen door de samenhang tussen lichamelijk gepresenteerde klachten en oorzaken op organisatieniveau.

Deze Werkwijzer richt zich meer op de praktische toepasbaarheid van bestaande kennis en ervaringen voor arboprofessionals dan op het bieden van een overzicht van de wetenschappelijk aangetoonde feiten. Bij alle uitgangspunten is de referentie vermeld waarop de Kenniskring zich baseert, maar dit is niet gedaan bij elke opmerking.

**Hoofdstuk 3** beschrijft de uitgangspunten en definities die in de Werkwijzer gehanteerd worden. De kern van de Werkwijzer is de diagnostiek en behandeling van somatoforme verschijnselen (**hoofdstuk 4**). Hiervoor was veel wetenschappelijke literatuur voor handen. Op basis daarvan – en praktijkervaringen – heeft de Kenniskring het **werkmodel** voor een aanpak op individueel niveau opgesteld. Dit laatste is gebeurd aan de hand van eigen conclusies, omdat er vrijwel geen onderzoek is gedaan naar diagnostiek en begeleiding bij somatoforme verschijnselen door arboprofessionals. In **hoofdstuk 5** is op basis van eigen interpretatie door de Kenniskring een voorzet gemaakt voor de aanpak op meso- (toepassing binnen de arbodienstverlening en bij de klant-werkgever) en macroniveau (maatschappij). Hiervoor was slechts zeer beperkt literatuur voorhanden. **Hoofdstuk 6** bevat relevante achtergrondinformatie over somatoforme verschijnselen in het kader van een psychiatrische aandoening, in het kader van een functioneel syndroom en over de aanpak bij hypochondrie.

De inhoud van deze Werkwijzer is gebaseerd op een literatuurstudie, uitwisseling van praktijkervaringen van de leden van de Kenniskring en overleg met experts. Er is met name overleg gevoerd met **J.A. Swinkels** en **C.A.L Hoogduin** (hoogleraren psychiatrie) over de gebruikte definities, en de diagnostiek en hantering bij onderliggende psychiatrische aandoeningen.

Wij danken de experts, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en arboprofessionals die hun commentaar hebben gegeven op de conceptversie van

## Vervolg inleiding en verantwoording

de Werkwijzer op 19 november 2003 tijdens het openbaar debat/expertmeeting, georganiseerd door [STECR](#).

### *Deelnemers expertmeeting:*

Naam	Functie	Organisatie
Prof. dr. F.J.H. Van Dijk	Hoogleraar	AMC/ Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid
Prof. dr. C.A.L. Hoogduin	Hoogleraar psychiatrie	HSK Nijmegen
E.A.M. Van Der Linden	Psycholoog	
A.H. Blankenstein	Huisarts en onderzoeker EMG instituut	EMG instituut VU Amsterdam
M. Cox	Huisarts	
Prof. J.A. Swinkels	Hoogleraar psychiatrie	AMC Amsterdam/ De Meren
M. Koolhaas	Bestuurslid	Steungroep ME en Arbeids- ongeschiktheid
Dr. M.M. Sitskoorn	Neuropsycholoog en GZ-psycholoog	NCCN
J. Komduur	Beleidsmedewerker arbeid en sociale zeker- heid	Breed Platform Verzekerden & Werk
V. Brenninkmeijer	Onderzoeker	TNO Arbeid
Drs. F.C. Kwee	Psychotherapeut, politicologe	RIAGG en zelfstandig ondernemer

### *Deelnemers openbaar debat:*

Naam	Functie	Organisatie
C.J.F. Bellink	Productmanager HBA/ bedrijfsfysiotherapeut	ArboUnie BV
H. Steinebach	Reïntegratie coördinator	Maetis Arbo
H. Schoone	Bedrijfsarts	ArboDuo BV
A.A. Katan	Bedrijfsarts	Fortis Nederland BV
R.A. Heida	Staf bedrijfsarts	ArboNed
J.C.F.M. Aghina	Manager arbeid en gezondheid, Senior bedrijfsarts	Achmea Arbo

## Vervolg inleiding en verantwoording

G.J. Baartman	Bedrijfsarts	ArboUnie BV
A.M. Nieuwenhuizen	Bedrijfsarts	Commit
J.A. Van Zwieten	Bedrijfsarts consultant	Achmea Arbo
J. Planken	Senior Bedrijfsarts	Achmea Arbo
R. Emond	Voorzitter BAV, arboverpleegkundige	Beroepsvereniging Arbo- Verpleegkundige (BAV)
G. Norder	Bedrijfsarts	ArboNed
H. Hoochstenbeek	Bedrijfsarts	ArboNed
C. Merkens	Bedrijfsarts	ArboNed
M. Van der Meer	Arboverpleegkundige/IBM	Beroepsvereniging Arbo- Verpleegkundige (BAV)
M. Kaandorp	Arts, consulent	
I.J.C.M. Van Der Lingen- Neyens	Coördinator bedrijfs- maatschappelijk werk en vertrouwenspersoon	Ardyn
H. Van Wijck	Bedrijfsarts	Freelance
C. Van Emst	Arboverpleegkundige	Maetis Arbo
M.E. Bijleveld	Verzekeringsarts	UWV
Y. Margry	Verzekeringsarts	UWV
M. Van Der Veen-Klever	Stafverzekeringsarts	UWV
I. Van Den Bold	Verzekeringsarts	UWV
Ch.H.C. Lemmers	Verzekeringsarts	UWV
P. Lezaire	Verzekeringsarts	UWV
T. Wijsbek	Verzekeringsarts	UWV
D. Van Klaarbergen	Medisch adviseur	UWV
F.J. Leenders	Bedrijfsarts	ArboNed

Tevens heeft de Kenniskring veel gehad aan de feedback tijdens de workshop over de conceptwerkwijzer op het STECR-jaarcongres van 7 oktober 2003 en tijdens de bijeenkomsten over demedicalisering, georganiseerd door de Brancheorganisatie Arbodiensten (BOA) en Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W) in het najaar van 2003.

De Kenniskring heeft ervaren dat het complex en uitdagend was om de literatuur en ervaringen in deze materie te vertalen naar een Werkwijzer. Wij zien met belangstelling uit naar ervaringen en reacties van gebruikers en anderen. Dit zal binnen een jaar leiden tot evaluatie en bijstelling van de Werkwijzer. Bij de bestudering van het fenomeen somatoforme verschijnselen blijkt dat het Cartesiaans denken – het scheiden van lichaam en geest – ontoereikend is voor

## Vervolg inleiding en verantwoording

een goed begrip en begeleiding van werknemers met deze klachten. Volgens recente inzichten is er meer onderlinge verwevenheid tussen psyche en soma dan tot dusver is aangenomen. Die onderlinge afhankelijkheid is weergegeven in het zogenaamde **biopsychosociaal model**, waar verderop in deze Werkwijzer dieper op wordt ingegaan. Hier volstaat te vermelden dat het **biopsychosociaal model** en het onderscheiden van oorzaken en gevolgen als kaders voor de arboprofessional waarschijnlijk goed bruikbaar zijn. Deze inzichten danken we met name aan psychiaters en huisartsen die op dit vlak veel voorwerk hebben verricht en die in de diverse referenties worden genoemd.

De Kenniskring hoopt dat de gepresenteerde modellen, die gebaseerd zijn op deze inzichten, van toegevoegde waarde zijn voor arboprofessionals en zullen leiden tot een meer effectieve begeleiding. Dit is in het belang van werknemer, werkgever en arboprofessional.

### *Samenstelling Kenniskring:*

- Eric van der Beek, bedrijfsarts Achmea Arbo
- Charles Engelen, arbeid- en organisatiedeskundige ArboUnie
- Rob Hoedeman (voorzitter), bedrijfsarts ArboNed
- Jan Hoevenaars, medisch adviseur Movir, gastlid
- Astrid te Koppele, GZ-psycholoog Working Solutions, gastlid
- Herman Kroneman, medisch adviseur UWV-GAK, gastlid
- Bert-Jan Soetevent, arbeidsdeskundige Politie Amsterdam Amstelland, gastlid
- Bernadette Verstraten (secretaris), GZ-psycholoog Winnock, gastlid
- Jan Hein Wijers, bedrijfsarts WOSM
- Hilde Wijers, arboverpleegkundige Maetis Arbo

# Definities en uitgangspunten

## 3.1 Somatisatie en somatoforme verschijnselen; begripsbepaling en kader

Het voorkomen van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten is in de werknemerspopulatie nauwelijks onderzocht. Wel kunnen wij gebruik maken van onderzoek dat vooral door huisartsen en psychiaters is uitgevoerd. Daarom bespreken we met name de uitkomsten van dit onderzoek.

Een gemiddelde volwassene heeft iedere vier tot zes dagen een lichamelijke klacht<sup>2</sup>. Het merendeel van die mensen raadpleegt daarvoor geen arts en schrijft de klachten toe aan stress, een verkeerde beweging, slecht slapen of wat er ook maar in aanmerking kan komen als verklaring<sup>2</sup>. In de huisartsenpraktijk blijft 20 tot 50 procent van de klachten van patiënten in eerste instantie lichamenlijk onverklaard<sup>2</sup>. Bij een deel daarvan is sprake van somatisatie en bij een ander deel blijkt later alsnog een lichamelijke verklaring. Hoewel het focus van deze Werkwijzer op het voorkomen van deze klachten in de eerste lijn ligt, hebben ze ook flinke consequenties voor de tweede lijn. Dit blijkt uit onderzoek op een interne polikliniek, waarbij Speckens<sup>3</sup> vond dat 52 procent van de klachten lichamenlijk onvoldoende verklaard bleef.

In de eerste lijn wordt de somatisatiedefinitie van [Lipowski](#) het meest gebruikt. In 10 tot 35 procent van de consulten gaat het om somatisatie volgens deze definitie<sup>4</sup>:

- ! ‘Somatisatie is de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten – die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard – te ervaren en te rapporteren, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken<sup>3</sup>.’

Onder de procesdefinitie volgens [Lipowski](#) vallen veel verschillende vormen van somatisatie en is het proces het uitgangspunt. Om een meer eenduidig uitgangspunt te hebben, dat goed bruikbaar is in eerstelijns arbozorg, neemt de Kenniskring de klachten, steeds benoemd als somatoforme verschijnselen<sup>5</sup> als uitgangspunt. De definitie<sup>6</sup> hiervoor is:

- ! ‘Een somatische klacht waaraan de patiënt een somatische verklaring geeft en waarvoor hij somatische hulp wil, waarbij de arts geen afdoende somatische verklaring vindt.’ De bijpassende en in de Werkwijzer gebruikt terminologie<sup>7</sup> is: ‘somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten’.

## Vervolg definities en uitgangspunten

De term ‘lichamelijk onverklaarde klachten’ is neutraal en geeft alleen maar aan dat er geen lichamelijke aandoening is gevonden. Dit betekent niet dat die er niet is<sup>8,9</sup>. Lichamelijk onverklaarde klachten laten zich alleen definiëren tegen de achtergrond van de beschikbare en gangbare medische kennis<sup>8</sup>. In de praktijk is er vaak enige samenhang tussen somatoforme verschijnselen en pathofysiologische processen, zonder dat dit een aantoonbaar substraat heeft. Voorbeelden zijn de buikklachten bij een ‘geprikkelde darm’ en klachten van duizeligheid bij een ‘vastzittende nek’. In deze Werkwijzer worden somatoforme verschijnselen niet aangeduid als onbegrepen of onverklaard, maar als somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.

Uit onderzoek is niet bekend welk deel van de werknemerspopulatie jaarlijks de bedrijfsarts of andere arboprofessionals bezoekt. Ruw geschat is dat 15-30 procent van de populatie, afhankelijk van de soort organisatie, de meldingsfrequentie, het verzuimpercentage en de behoefte aan preventie (arbeidsomstandighedensprekkuur) in een bedrijf.

Hoe vaak een werknemer met somatoforme verschijnselen de bedrijfsarts of andere arboprofessionals bezoekt is eveneens niet bekend. Patiënten bezoeken een huisarts gemiddeld ongeveer vier keer per jaar<sup>2</sup>. Hierbij hebben patiënten met een lagere sociaal economische status een hoger gemiddelde. Werknemers consulteren hun bedrijfsarts minder vaak en meestal in het kader van verzuim. Vooralsnog gaan we ervan uit dat de kans op het aantreffen van somatoforme verschijnselen in de spreekkamer van een bedrijfsarts en andere arboprofessionals lager is dan die van de huisarts. Dit omdat de huisarts patiënten vaker en op kortere termijn ziet dan de bedrijfsarts. Tevens is er een groter aandeel van patiënten met een lagere sociaal economische status in de huisartsenpopulatie. Gezien het frequente voorkomen van somatoforme verschijnselen gaan wij ervan uit dat arboprofessionals hier vrijwel dagelijks in hun contacten met werknemers mee te maken hebben.

### 3.2 Het biopsychosociaal model

Er zijn diverse modellen die een verklaring geven voor het ontstaan en onderhouden van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Er is onder andere samenhang aangetoond van somatisatie met bepaalde persoonskenmerken, bijvoorbeeld negatieve affectiviteit<sup>10</sup>. De meeste verklaringsmodellen

## Vervolg definities en uitgangspunten

hebben als gemeenschappelijk element dat niet de ervaren klachten maar de (mis)interpretatie/attributie (automatische cognities) ervan en het daaruit volgende ziekte-, verzuim- of hulpzoekgedrag centraal staan in het somatisatieproces<sup>2,7</sup>. De basis voor deze automatische cognities zijn zogeheten basale assumpties. Deze kunnen worden beschouwd als algemene ideeën die iemand heeft over zichzelf, anderen en de wereld. Door disfunctionele manieren van informatieverwerking, zoals bijvoorbeeld selectieve perceptie van lichamelijke sensaties of medische informatie en selectieve aandacht voor bepaalde lichaamsfuncties, worden basale assumpties en automatische cognities in stand gehouden en versterkt<sup>7</sup>. Al deze factoren kunnen in het **biopsychosociaal model** geplaatst worden. Daarom wordt dit model besproken en in de Werkwijzer als centraal referentiekader gehanteerd. Het gevolgenmodel past ook in dit referentiekader maar wordt apart besproken (zie [paragraaf 3.3](#)).

Volgens de Kenniskring is het *biopsychosociaal model* op dit moment waarschijnlijk het best 'passende' model om werknemers met somatoforme verschijnselen te begeleiden en de oorzaken en de gevolgen ervan in kaart te brengen. Het model gaat ervan uit dat iemands klachten niet alleen maar op somatisch niveau te verklaren zijn, maar ook te maken hebben met emoties, cognities, gedrag en omgevingsreacties. Verwerking van negatieve gevoelens, een laag zelfbeeld en passieve vormen van coping spelen daarbij een mediërende rol. Daarnaast is dit **model** goed bruikbaar om de context te analyseren waarin de somatoforme verschijnselen zijn ontstaan en eventueel blijft voortbestaan. De biopsychosociale benaderingswijze betekent dus impliciet het toepassen van een multifactoriële probleemanalyse (zie verder [hoofdstuk 4](#) en met name [schema 4](#)).

In de internationale literatuur<sup>11</sup> worden aetiologische factoren wel onderscheiden in predisponerende factoren (wat heeft de klacht en/of het verzuim makkelijker gemaakt), precipiterende factoren (wat is de aanleiding geweest tot uitval) en perpetuerende factoren (wat houdt de klachten en/of het verzuim in stand zoals bijvoorbeeld een rolwisseling, problemen in het werk of de WAO-keuring). Inzicht in predisponerende en precipiterende factoren dragen bij aan het begrip *waarom* een patiënt bepaalde klachten heeft. Perpetuerende factoren zijn het meest waarschijnlijk geassocieerd met het *voortbestaan* van de symptomen, beperkingen en eventuele arbeidsongeschiktheid. Perpetuerende factoren vormen een belangrijk aangrijpingspunt voor behandeling.

## Vervolg definities en uitgangspunten

### 3.3 Het gevolgenmodel

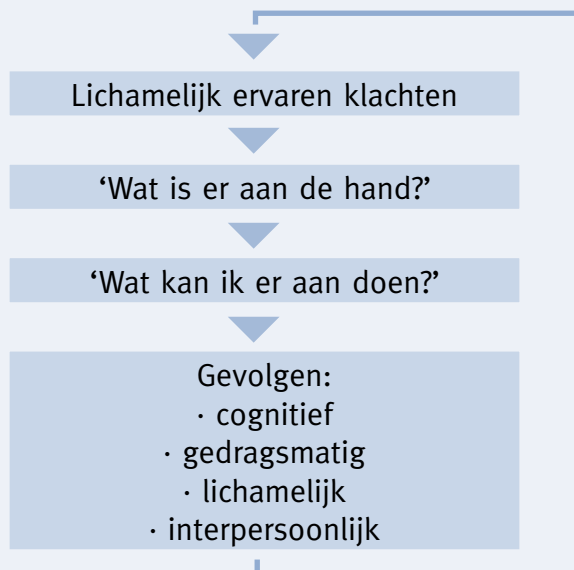
Speckens, Spinhoven en Van Rood<sup>12</sup> hebben het zogenaamde **gevolgenmodel** ontwikkeld als handvat voor de aanpak van klachten waarvan de oorzaak niet duidelijk is. Dit omdat zij waarnamen dat lichamelijke klachten bij patiënten vaak gedachten oproepen met ongunstige gevolgen: bezorgdheid leidde dan tot inactiviteit en/of verergering van de klachten. Uit eerder onderzoek<sup>7</sup>, op een polikliniek interne ziekten, is gebleken dat een behandeling gericht op de gevolgen vaak verbetering gaf. Het **gevolgenmodel** is nuttig bij de aanpak van somatoforme verschijnselen in het bijzonder en bij de aanpak van arbeidsongeschiktheid (meestal het gevolg van een klacht) in het algemeen.

In het model van **Speckens, Spinhoven en Van Rood** zijn de gevolgen (zie ook **schema 1**) als volgt beschreven:

- *Cognitieve gevolgen*: hoe meer mensen hun aandacht op de klachten richten, des te meer klachten zij ervaren. Dit leidt tot een vicieuze cirkel. Het zoeken van afleiding kan deze cirkel doorbreken. Selectieve aandacht speelt daarbij ook een rol: de momenten met klachten vallen op, de periodes zonder klachten worden vaak vergeten. Omdat mensen patronen in hun klachten kunnen herkennen, kunnen ze daar conclusies uit trekken (bij incidentele somatoforme verschijnselen gebeurt dit niet snel) en zich daardoor zorgen maken. Bijvoorbeeld: “De vorige keer kreeg ik barstende hoofdpijn na de vergadering, waarschijnlijk gebeurt dit de volgende keer weer.” Dit soort gedachten leiden vaak tot spanningen, die weer lichamelijke klachten tot gevolg kunnen hebben.
- *Gedragmatige gevolgen*: lichamelijke klachten kunnen gevolgen hebben voor de bezigheden van mensen. Iemand laat bijvoorbeeld hobby's vallen of staakt werkzaamheden en meldt zich ziek. Dit leidt tot een achteruitgang in de lichamelijke en geestelijke conditie, wat er toe bijdraagt dat mensen meer klachten krijgen. Dit is ook wel de zogenaamde vicieuze cirkel of neerwaartse spiraal. Ook kan het zijn dat mensen ineens terug willen naar hun oude niveau. Gebeurt dit te abrupt dan kunnen de klachten verergeren, wordt men gedwongen de activiteiten te verminderen en kan men zich ontmoedigd voelen. Om deze vicieuze cirkel te vermijden dient men de activiteiten geleidelijk en consequent uit te breiden<sup>13</sup>.
- *Lichamelijke gevolgen*: met name pijn kan tot spierspanning leiden. Denk in dit verband aan een geforceerde houding om een pijnlijke plek te ontzien. Met name langdurige pijn kan tot onnodige spierspanning leiden, die zelf ook weer tot klachten leidt. Een ander voorbeeld is kortademigheid. Sneller ademen bij inspanning kan het gevoel geven benauwd te zijn, wat tot ongerustheid en daardoor sneller ademen kan leiden. Zo ontstaat ook weer een vicieuze cirkel.

## Vervolg definities en uitgangspunten

- *Interpersoonlijke gevolgen:* door klachten kunnen mensen geïrriteerd reageren op hun gezinsleden, ze melden zich ziek en kunnen in een WAO-traject terecht komen. Deze gevolgen, met name qua rolverlies in diverse verbanden, kunnen ertoe leiden dat mensen zich overmand voelen, hun perspectief verliezen en zich depressief gaan voelen. Dit maakt het moeilijker de bestaande klachten te verdragen, waarmee dezelfde klachten meer last veroorzaken.



*Schema 1. Het gevolgenmodel.*

In de begeleiding is het belangrijk aan te geven dat het vaak niet mogelijk is de oorzaken te achterhalen. Met name bij klachten die langer dan een half jaar bestaan is dit relevant. Daarom wordt dit model vaak gebruikt als referentiekader voor de cognitief gedragsmatige interventies bij de begeleiding van patiënten met een functioneel syndroom. De patiënten wordt voorgehouden dat ze iets aan de gevolgen kunnen doen. Na uitleg van de vicieuze cirkels en herkenning daarvan door de patiënt, wordt een plan opgesteld hoe deze te doorbreken. Voor de eerste stap, de herkenning, wordt gewerkt met registratie van de lichamelijke klachten, de situatie waarin ze voorkomen en de gevoelens en gedachten waarmee ze gepaard gaan. De gedachten worden doorgenomen: is er sprake van voorbarige conclusies, verabsoluteren, selectieve aandacht, generaliseren of het door elkaar halen van feiten en emoties? Door het analyseren hiervan nemen de oorspronkelijke gedachten in kracht af. Ook worden alternatieve gedachten doorgenomen en getoetst. Op basis hiervan wordt experimenteel gedrag bedacht en getest.



# 4 Systematische aanpak bij somatoforme verschijnselen door arboprofessionals

## 4.1 Inleiding

Arboprofessionals worden in verzuim- en arbeidsomstandighedensprekuren vaak geconfronteerd met klachten waar ze niet direct een verklaring voor hebben. Het gaat daarbij niet alleen om klachten waarvoor een bedrijfsarts geen verklaring kan vinden in de vorm van een lichamelijke ziekte of afwijking. De klachten kunnen wel degelijk samenhangen met een ernstige lichamelijke ziekte, die zich in eerste instantie als moeilijk te duiden en weinig concreet manifesteren. Deze laatste categorie is evenwel in de minderheid in vergelijking met de eerste. Omdat het uitsluiten van alle mogelijke ernstige oorzaken van onschuldige symptomen een onbegonnen zaak is, gebruikt een bedrijfsarts bij moeilijk te duiden klachten zijn gezonde verstand, epidemiologische kennis, ervaring en de tijd als diagnostische hulpmiddelen<sup>2</sup> met als doel: vermijden van iatrogene schade. Gestandaardiseerde diagnostiek bij somatoforme verschijnselen ontbreekt nog. Met behulp van ondermeer de beslisboom (zie [schema 3](#)) en de analysematrix voor multifactoriële probleemanalyse<sup>13</sup> (zie [schema 4](#)) is door de Kenniskring een poging gedaan meer structuur in de probleeminventarisatie aan te brengen. De met de probleeminventarisatie verkregen diagnostische bevindingen moeten vervolgens geïnterpreteerd worden in de context van de voorafkansen van de aandoening (somatoforme verschijnselen zonder onderliggende psychiatrische aandoeningen, somatoforme stoornissen, depressie, angststoornis) die zij beogen aan te tonen of uit te sluiten<sup>13</sup>.

Het uitgangspunt bij de diagnostiek van somatoforme verschijnselen is dat de werknemer zich begrepen voelt en dat zijn klachten serieus worden genomen. Dit betekent dat een gerichte anamnese en onderzoek (lichamelijk, observatie, exploratie, vragenlijsten) wordt gedaan en een indruk wordt verkregen van het ziektebesef, -inzicht en -gedrag van de betrokken werknemer<sup>15</sup>. Specifiek wordt dan ook gekeken naar de belastbaarheid en het verwerkingsvermogen van de werknemer. Klachten serieus nemen betekent dat er geen aanvullend onderzoek wordt gedaan als er op grond van anamnese en onderzoek geen reden toe is. Met de weerstand (afweermechanismen) van de werknemer moet eveneens rekening worden gehouden; patiënten met onverklaarde klachten zijn overtuigd van



## Vervolg systematische aanpak bij...

een lichamelijke oorzaak van hun problemen. Wanneer die niet wordt gevonden, kan dat tot teleurstelling of boosheid leiden. De werknemer van nu is mondiger<sup>16</sup>, accepteert niet zonder meer de autoriteit van de bedrijfsarts en is steeds beter geïnformeerd bijvoorbeeld via internet.

Als hulpmiddelen bij probleeminventarisatie bij somatoforme verschijnselen zijn de elementen te gebruiken die in de schema's 2, 3 en 4 staan. De Vierdimensionale Klachtenlijst<sup>18</sup> (4DKL) kan als hulpmiddel gebruikt worden om somatisatie te diagnosticeren. Ook is het een hulpmiddel om een onderliggende depressie, angststoornis en stressgerelateerde stoornis te diagnosticeren. De 4DKL (zie [bijlage C](#)) is een hulpmiddel dat naast het spreekuur dient te worden gebruikt en altijd een nadere interpretatie vraagt.

Voor de herkenning van de verschillende vormen van somatisatie is een aantal signalen<sup>2</sup> van specifiek belang. Deze zijn weergegeven in onderstaande opsomming:

1. Frequent bezoek huisarts, vaker dan verwacht mag worden op grond van leeftijd, geslacht en lichamelijke ziekten.
2. Frequent verzuim (bijvoorbeeld meer dan vier keer per jaar); aard en diversiteit van de klachten; frequent bezoek aan de arbodienst.
3. Herkennen van multifactorieel bepaalde (verzuim)klachten in de loop van de tijd.
4. Ongerustheid over kleine kwalen of onschuldige lichamelijke verschijnselen.
5. Werknemer schrijft klachten toe aan lichamelijke oorzaak, ziekte.
6. Werknemer dringt (sterk) aan op een somatisch aanpak.
7. Onbehagen bij de arboprofessional, 'heartsink'-gevoel\*, bijvoorbeeld als gevolg de elders genoemde signalen of claimend gedrag van werknemer.
8. Arboprofessional heeft aanwijzingen voor het bestaan van psychosociale problematiek.
9. Arboprofessional heeft aanwijzingen voor een stemmingsstoornis of angststoornis.
10. Langer bestaand patroon: in ernstige gevallen is dit een jarenlang patroon en soms een levenslang patroon waarbij de DSM-IV-criteria voor een somatisatiestoornis betrokken dienen te worden. Voor de minder ernstige gevallen, maar veelal toch met een jarenlang bestaand patroon, zijn de verkorte DSM-IV-criteria van somatisatiestoornis van belang: minimaal vier lichamelijk onverklaarde klachten (bij mannen) of zes (bij vrouwen) (zie [bijlage B](#)).

*Schema 2. Signalen voor vormen van somatisatie<sup>2</sup>.*

\* Hoe meer kennis en vaardigheden de arboprofessional bezit ten aanzien van diagnostiek en begeleiding van werknemers met somatoforme verschijnselen, des te minder vaak zal dit gevoel optreden.

## Vervolg systematische aanpak bij...

Met het [biopsychosociaal model](#) als referentiekader en aan de hand van genoemde signalen is het mogelijk de diverse vormen van somatisatie te herkennen en de aard en ernst te benoemen. Om de aanpak voor de arboprofessional hanteerbaar te maken heeft de Kenniskring een beslisboom opgesteld. Deze beslisboom is geïntegreerd in het uiteindelijke [werkmodel](#) volgens [paragraaf 4.3](#). Wij pleiten ervoor om bij somatoforme verschijnselen dit [werkmodel](#) te combineren met de analysematrix (zie [paragraaf 4.2.2](#) en [schema 4](#)).

### 4.2 Diagnostiek bij somatoforme verschijnselen: een multifactoriële aanpak

#### 4.2.1 Beslisboom, differentiaaldiagnose en medische aspecten

De literatuur beschrijft somatoforme verschijnselen als een veel voorkomend fenomeen. Minder vaak nemen somatoforme verschijnselen de vorm van een ziekte aan, de zogenaamde somatoforme stoornissen. Van deze somatoforme stoornissen staan de diagnostische criteria beschreven in de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, de internationale standaard voor de diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden). De somatisatiestoornis is hierbij het meest uitgesproken ziektebeeld. De Kenniskring neemt de conclusie van diverse prominente onderzoekers<sup>10,18,20</sup> over, dat het bij somatisatie gaat om een spectrum dat loopt van fenomeen (somatoform verschijnsel niet in het kader van een somatoforme stoornis) tot uitgesproken ziektebeeld (somatoforme stoornis en met name de somatisatiestoornis). In het kort beschrijven wij de diverse vormen van somatisatie en de diagnostische stappen in arbodienstverlening zoals wij die voorstellen.

Een aparte bespreking vragen beelden zoals fibromyalgie, het chronisch moeheidssyndroom en 'irritable bowel syndrome'. Elk specialisme labelt deze beelden anders. Psychiaters classificeren ze als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Klinisch specialisten hanteren hun eigen criteria (meestal een cluster van klinische symptomen, afwezigheid van een andere somatische verklaring en bepaalde duur van de klachten) en huisartsen benoemen ze vaak als functionele syndromen. Aangezien er onvoldoende helderheid is over de medische oorzaken van deze aandoeningen, kiest de Kenniskring ervoor deze syndromen te bezien als clusters van langer bestaande somatoforme verschijnselen. Om aan te sluiten op internationale literatuur die door arboprofessionals gehanteerd wordt, gebruik in de eerste lijn en om de diverse aandoeningen als 'groep te duiden', heeft de Kenniskring voor de term 'functionele syndromen' gekozen. Deze term geeft aan dat het om verstoorde functies gaat en dat levensomstandigheden een rol



## Vervolg systematische aanpak bij...

kunnen spelen. De term sluit somatische oorzaken niet uit. In de ICD-10, waarvan de CAS-codes voor bedrijfs- en verzekeringsartsen in Nederland zijn afgeleid, zijn de diverse syndromen in verschillende groepen ingedeeld. Zo valt het chronisch vermoeidheidssyndroom onder de neurologische aandoeningen. Aangezien de diverse syndromen multifactorieel bepaald zijn en dus moeilijk te categoriseren, houdt de Kenniskring deze kaders naast elkaar aan. Voor adviezen over de begeleiding en behandeling verwijzen we naar [paragraaf 6.2](#).

- ! **Samengevat:** om te bepalen dat het bij een lichamelijke klacht om een somatoform verschijnsel gaat, dienen volgens de Kenniskring, op basis van de literatuur, de stappen volgens schema 3 genomen te worden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat [schema 3](#) is opgenomen in het [werkmodel](#) volgens [paragraaf 4.3](#) en dat het in dat kader toegepast moet worden.



## Vervolg systematische aanpak bij...

### Ingang

- lichamelijke klachten zonder direct evidente verklaring, waarvoor werknemer een somatische verklaring zoekt;
- één van de signalen volgens [schema 2](#).

### Stap 1

- Sluit een andere verklaring uit\* door:
- a) een somatische aandoening of (genees-)middelengebruik;
  - b) socioculturele factoren, simulatie (en aggraving)\*\* of in het kader van een nagebootste stoornis.

### Stap 2

Sluit psychiatrische ziektebeelden (anders dan somatoforme stoornissen) uit, met name depressies of angststoornissen.

### Stap 3

Sluit een somatoforme stoornis in engere zin uit (met name somatisatiestoornis, hypochondrie en pijnstoornis).

### Stap 4

Stel als werkhypothese vast dat het om een somatoform verschijnsel gaat, bijvoorbeeld somatisch onvoldoende verklaarde hoofd- en buikklachten, moeheid, RSI etc.

Beleid: zie [werkmodel](#), [paragraaf 4.3](#).  
Indien niet effectief, keer terug naar stap 1.

*Schema 3. Beslisboom bij somatoforme verschijnselen.*

*Ad stap 1:* Om van een lichamelijke klacht aan te nemen dat deze somatisch onvoldoende verklaard is, dient allereerst een somatische aandoening uitgesloten te worden. Vooraf kan gesteld worden dat hoe specifiek de klacht, hoe groter de kans op een specifieke aandoening. Dit geldt eveneens met betrekking tot de leeftijd (hoe ouder hoe meer kans) en met betrekking tot de voorgeschiedenis (bij specifieke klachten in de voorgeschiedenis is meer kans dan bij een

\* Met 'sluit uit' wordt bedoeld: 'maak onwaarschijnlijk'.

\*\* De Kenniskring is zich bewust dat het als negatief gezien kan worden om simulatie en aggraving in de eerste stap te beoordelen. Wij hebben hier toch voor gekozen omdat dit, afhankelijk van de populatie en de ervaringen van de arboprofessional van belang kan zijn en het de beslisboom eenduidiger maakt. In de algemene populatie en bij meer ervaring met hantering van de beslisboom, kan het als een vijfde stap gebruikt worden. Dat wil zeggen: als er een atypisch beloop is indien de werknemer voor somatoforme verschijnselen conform stap 4 en het [werkmodel](#) begeleid wordt.



## Vervolg systematische aanpak bij...

blanco voorgeschiedenis). Vice versa verkleint de aanwezigheid van specifieke klachten (zoals moeheid, duizeligheid, hoofd- en borstklachten) en bij afwezigheid van specifieke aanwijzingen, de kans dat een somatische verklaring kan worden aangetoond.

In het beleid kan meestal worden aangesloten op standaarden van huisartsen en epidemiologische kennis. Zo is uit onderzoek bij huisartsen<sup>22, 23</sup> gebleken dat klachten als hoofdpijn en buikpijn bij de meeste patiënten, in de loop van vier weken, vanzelf of met enige zelfzorg zijn verdwenen.

Als een klacht blijft bestaan is het zaak, net als huisartsen doen, een tweesporenbeleid te blijven volgen. Dit is het aanhouden van een dubbele hypothese waarbij er een 'waarschijnlijkheidsdiagnose' wordt gehanteerd (een somatische of een psychische oorzaak wordt vermoed), maar waarbij niet uit het oog wordt verloren dat het 'andersom' kan liggen.

Van medicatie is bekend dat de bijwerkingen vaak specifiek zijn, bijvoorbeeld malaise, duizeligheid of hoofdpijn. De kans neemt toe bij polyfarmacie en gebruik van hogere doseringen. Daarom is het van belang na te gaan welke medicatie de werknemer gebruikt en in welke dosering. Overmatig alcohol- en drugsgebruik kunnen nogal eens leiden tot specifieke klachten en daarmee een valkuil vormen.

Socioculturele factoren beïnvloeden de klachtenpresentatie. Voor de specifieke aspecten daarvan verwijzen we onder andere naar de STECR-Assist<sup>25</sup> en de literatuurverwijzingen die daarin genoemd worden. Somatoforme verschijnselen komen wereldwijd<sup>26</sup> voor en zijn zeker geen beperkt westers fenomeen. Het eerder genoemde tweesporenbeleid dient dan ook zowel bij autochtonen als bij allochtonen gevolgd te worden.

Simulatie en aggravatatie kunnen in de klachtenpresentatie een rol spelen. Dit is niet denkbeeldig in het kader van een arbeidsongeschiktheidsuitkering, bij een claim met verhaalkwesties of andere aspecten die ziekte winst geven. Goede kwantitatieve gegevens hierover ontbreken echter. Aanwijzingen hiervoor zijn een atypisch beeld en/of beloop, tegenstrijdigheden in anamnese en/of bij lichamelijk onderzoek en aantoonbare aspecten van ziekte winst.

Bij een nagebootste stoornis (DSM-IV-diagnose) kan een patiënt een vrij indrukwekkend medisch dossier hebben opgebouwd en aandringen op vergaande (riskante) procedures. Dit beeld is vrij zeldzaam maar dient als mogelijkheid in aanmerking te worden genomen. De patiënt is zich bewust dat hij een stoornis nabootst, maar niet van zijn motieven om dit te doen.



## Vervolg systematische aanpak bij...

*Ad stap 2:* Dit wordt in de literatuur vaak secundaire somatisatie genoemd (primaire somatisatie betreft dan alle vormen van somatisatie die niet veroorzaakt worden door een psychiatrische aandoening). (Zie voor meer achtergrondinformatie [paragraaf 6.1.](#))

Schattingen hierover lopen nogal uiteen: bij 10-30 procent van de somatiserende patiënten is er ook sprake van een angststoornis of een depressie<sup>2</sup>. De geschatte prevalenties van angststoornissen en depressies in de huisartspraktijk zijn dermate hoog, dat het van belang is om bij patiënten met somatoforme verschijnselen na te gaan of er ook niet sprake is van een depressie of angststoornis. De aanwezigheid van een van beide heeft consequenties voor het te volgen beleid. Depressie en angststoornis behoren tot de top vijf van de morbiditeit in de huisartspraktijk<sup>27</sup>. De prevalentie van een angststoornis bedraagt 5-8 per 1000 patiënten in een huisartspraktijk; bij mannen is de prevalentie<sup>28, 29</sup> 3-5 en bij vrouwen 6-10. De prevalentie van depressie in de huisartspraktijk bedraagt voor mannen 14 per 1000 en voor vrouwen 29 per 1000 patiënten<sup>30</sup>. De prevalentie in de bedrijfsgezondheidszorg is nog onbekend.

*Ad stap 3:* De somatoforme stoornissen volgens de DSM-IV bestaan uit de volgende beelden:

- somatisatiestoornis (prevalentie 0.2-2 procent);
- ongedifferentieerde somatoforme stoornis;
- conversiestoornis (prevalentie 0,01-0,5 per 1000);
- pijnstoornis;
- hypochondrie (prevalentie 2-7 procent in de eerste lijn);
- morfodysforie (stoornis in de lichaamsbeleving);
- somatoforme stoornis niet anders gespecificeerd.

Voor uitgebreidere beschrijving van deze ziektebeelden verwijzen wij naar [paragraaf 6.3](#) en [bijlage B](#). De Kenniskring stelt dat de arboprofessional hierbij de patronen dient te herkennen en dat specifieke expertise aanwezig is bij psychiaters, klinisch psychologen en professionals van de tweedelijns arbozorg. Voor arboprofessionals zijn er drie somatoforme stoornissen in engere zin, die door hun 'beeld' van belang zijn en kunnen opvallen:

1. Somatisatiestoornis: een levenslang patroon (volgens de DSM-IV minimaal twaalf episodes van dergelijke klachten die tot het zoeken van medische hulp hebben geleid) van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste levensjaar. Praktische vragen zijn: hoe vaak de werknemer in een ziekenhuis is geweest en hoe vaak hij of zij een specialist geraadpleegd heeft (bij meer dan vijf keer wordt de diagnose waar-

## Vervolg systematische aanpak bij...

- schijnlijker).
2. Hypochondrie: een patroon waarbij ziekteangst en bezorgdheid niet in verhouding staan tot de ernst van het ziektebeeld.
  3. Pijnstoornis: de pijn overheerst het ziektebeeld, vraagt specifieke zorg en psychische factoren worden geacht een belangrijke rol te spelen.

Met name de somatisatiestoornis is zeldzaam, zeker in de werkende populatie. Vaker komen de hypochondrie, de pijnstoornis en de subklinische vormen van de somatoforme stoornissen voor. Dit zijn de somatoforme stoornissen in brede zin, die onder [stap 4](#) behandeld worden.

*Ad stap 4:* Indien bovengenoemde stappen goed doorlopen zijn kan de arboprofessional als werkhypothese aannemen dat de lichamelijke klacht een somatoform verschijnsel is. Deze klachten komen relatief veel voor onder huisartspatiënten en zijn bij tweederde van de patiënten na twee maanden niet meer te vinden<sup>34, 32</sup>. Deze somatoforme verschijnselen treden met name op in perioden van stress of andere problematiek. Onder dergelijke condities, waarbij samenhang tussen bepaalde persoonskenmerken<sup>10</sup> en een verhoogde gevoeligheid voor lichaamssignalen<sup>18</sup> is aangetoond, kan een lichamelijke gewaarwording als klacht worden ervaren en wordt er medische hulp voor gezocht.

Uit bovenstaande blijkt dat bij eenderde van de somatoforme verschijnselen de klachten na twee maanden nog bestaan. Hieronder vallen ook de zogenaamde somatoforme stoornissen in brede zin. Van belang zijn met name de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, een somatoforme stoornis niet anders omschreven en de subklinische hypochondrie. Bij de ongedifferentieerde somatoforme stoornis gaat het om somatisch niet-verklaarde lichamelijke klachten die langer dan zes maanden bestaan. Het gaat om een categorie patiënten die niet voldoet aan de criteria van de somatoforme stoornissen in engere zin, maar bij wie herkenbaar is dat de somatisatie of de hypochondrie de beleving en presentatie van de klachten in belangrijke mate 'kleurt'.

Volgens de DSM-IV vallen hier ook ziektebeelden zoals fibromyalgie, 'irritable bowel syndrome' en dergelijke onder. Zoals eerder gesteld gebruikt de Kenniskring hiervoor de term functionele syndromen, als meer aansluitend op de eerstelijns arbozorg. Bij functionele syndromen gaat het om langer bestaande clusters van somatoforme verschijnselen en kan de beslisboom gewoon gehanteerd worden. Dat wil zeggen dat 'los van het label' gekeken dient te worden naar eventueel onderliggende somatische problematiek, andere verklaringen en onderliggende psychiatrische problematiek.

## Vervolg systematische aanpak bij...

Somatoforme verschijnselen kunnen ook voorkomen bij mensen die een lichamelijke aandoening hebben. Dit geldt tevens voor de vormen die onder [stap 2](#) en [3](#) genoemd zijn. In dat geval presenteert de patiënt klachten die niet overeenkomen met de ernst en/of aard van het ziektebeeld.

Het resultaat van het doorlopen van de beslisboom is dat de arboprofessional met een werknemer heeft te maken met bijvoorbeeld somatisch onvoldoende verklaarde buik-, hoofdklachten of moeheid en waarbij een psychiatrische aandoening (voorlopig) is uitgesloten. In dit kader denkt de Kenniskring ook aan RSI en a-specifieke rugklachten, waarbij er vaak (beperkte) lichamelijke afwijkingen te vinden zijn, die echter onvoldoende verklaring bieden voor de ernst van het klachtenpatroon. Voor de begeleiding van deze werknemers verwijst de Kenniskring naar de betreffende [NVAB-richtlijnen](#)<sup>32, 33</sup>, in samenhang met de inhoud van deze Werkwijzer.

Uit het voorgaande blijkt dat bij de werknemer met somatoforme verschijnselen gezocht moet worden naar onderliggende somatische en psychiatrische problematiek, alsmede andere verklaringen. Pas wanneer dit allemaal is uitgesloten, kan worden aangenomen dat er sprake is van een somatoform verschijnsel op zich. In de andere gevallen is het een 'symptoom' van een somatisch of psychiatrisch ziektebeeld.

De ernst van somatoforme verschijnselen kan sterk variëren van 'een klacht die bij het normale leven hoort' tot een ernstige psychische stoornis. De lichtere vormen representeren het grootste deel van de somatisatieproblematiek in de spreekkamer van de huis- en bedrijfsarts.

In de eerste lijn blijkt dat een aanpak met gedragsregels en reattributie (zie [paragraaf 4.3](#)) voor alle vormen effect heeft, ook voor de lichtere vormen van somatoforme stoornissen. Bij de ernstige vormen van functionele syndromen is in een aantal gevallen positieve resultaten bereikt bij behandeling in de tweede lijn. Er is op dit gebied nog veel nader onderzoek nodig. Bij somatoforme stoornissen in engere zin – zoals de somatisatiestoornis – is een specialistische aanpak noodzakelijk.

### 4.2.2 Het belang van de omgeving en van coping

Een aspect dat zowel de werkgever als de arboprofessional dienen mee te nemen is dat het proces van somatisatie bevordert en/of in stand gehouden wordt door factoren uit de omgeving van de werknemer (dit geldt alleen voor die somatoforme verschijnselen waar stressoren het proces van somatisatie bevorderen). Als we deze factoren – en soms belangen – niet onderkennen en meenemen in de aanpak bestaat de mogelijkheid dat het proces van somatisatie doorgaat.

## Vervolg systematische aanpak bij...

De omgeving van de werknemer kunnen we in vier systemen (op twee niveaus) voorstellen:

### *Op mesoniveau:*

- de werkomgeving: collega's en chef;
- de sociale omgeving: partner, kinderen, ouders, burens, vrienden;
- de professionele omgeving: personeelsfunctionaris, chef (ook hier), professionals van arbodienst, UWV, reïntegratiebedrijf, hulpverleners, curatieve sector.

### *Op macroniveau:*

- de maatschappelijke omgeving: sociale partners, overheid, wetgevers, zorgverzekeraars, schadeverzekeraars.

Wanneer de arboprofessional zich bewust is van het mechanisme dat aan de orde kan zijn, is het niet ingewikkeld om een aantal signalen te herkennen. Bijvoorbeeld met betrekking tot het werk- en privésysteem krijgt de arboprofessional met vragen als "Hoe reageren ze thuis op dit probleem?" en "Wat vond je chef ervan dat je je ziek meldde?" de eerste signalen over de invloed van actoren in de sociale omgeving op de werknemer. Conform de inhoud van deze Werkwijzer wordt verondersteld dat de werknemer de link met de stressoren heeft gelegd.

Vervolgens doen zich verschillende mogelijkheden voor de aanpak voor:

- De werknemer adviseren de oorzaken aan te pakken, door daarvan de voordelen te laten zien. Bijvoorbeeld het voordeel van beter functioneren als oorzaken van disfunctioneren door de werknemer worden aangepakt (met of zonder hulp van de werkgever). Wanneer dat gedaan wordt hoeft het probleem niet meer automatisch tot verzuim te leiden.
- Bij sommige problemen is het niet of nauwelijks mogelijk de voordelen van een aanpak te laten zien. Dan kan het nodig zijn om de nadelen aan te tonen van het voortbestaan van de huidige situatie. Dit zijn ook vaak situaties waarbij de werkgever ter ondersteuning weinig kan doen. Een voorbeeld: sociale en functionele steun aan de partner thuis kan niet ten koste van ziekteverzuim geregeld worden. In zo'n situatie ligt het meer in de lijn om de negatieve effecten te benadrukken: inkomstenderving, toekomstonzekerheid etc.
- In andere gevallen zal het voldoende zijn om de werknemer inzicht te geven in zijn eigen handelen en hoe zijn omgeving daar een rol in speelt: wanneer de chef moeilijke situaties omzeilt door medewerkers 'ziek naar huis te praten' herkent de medewerker dat mogelijk uit eerdere situaties bij collega's. De werknemer kan daarin zelf verantwoordelijkheid nemen in een gesprek met zijn chef, eventueel met steun van arboprofessional of P&O. Dit soort situaties zijn ook relevant voor het overleg met P&O en management van de betreffende

## Vervolg systematische aanpak bij...

organisatie.

- In een aantal gevallen ten slotte zal het niet mogelijk zijn om expliciet op het proces in te gaan. Dan is het wel van belang dat de arboprofessional weet wat er speelt zodat daarmee in elk geval zoveel mogelijk rekening gehouden kan worden.

Bovenstaande overwegingen ten aanzien van de invloed van systeemfactoren kunnen gecombineerd worden met het [werkmodel](#) uit [paragraaf 4.3](#) en het bestaande model voor problematisch verzuim<sup>13</sup>. Hierin wordt verder aandacht besteed aan de invloed van het zorgsysteem en coping. De Kenniskring stelt het in [schema 4](#) samengevatte model voor een systematische aanpak bij somatoforme verschijnselen voor. Voor nadere uitleg verwijzen we naar de Werkwijzer en het [NVAB-standpunt](#) over Het transparante spreekuur<sup>34</sup>.

► Drie stappen

	subjectief/objectief (S/O)	evalueren (E)	plan (P)
	Uitdiepen en objectiveren (vanuit de anamnese en onderzoek)	Wegen en evalueren (vanuit de arbeidsreïntegratie)	Interventie
▼ Vijf segmenten	<b>Het medisch beeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medische voorgeschiedenis</li> <li>• Frequent verzuim</li> <li>• Voorgeschiedenis van langdurig verzuim/WAO</li> <li>• DSM-IV-criteria depressie, angststoornis, somatoforme stoornis</li> <li>• Tractusanamnese</li> <li>• Checklist, met name 4DKL</li> <li>• Lichamelijk onderzoek</li> </ul>	Problemdiagnose: door welke medische diagnose, bijkomende problematiek en hantering van betrokkene komt het onvoldoende tot reïntegratie en/of verbeteren van het functioneren?	Advisering m.b.t. aanpak van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• medische problematiek (tevens onderliggende somatische en psychiatrische aandoeningen)</li> <li>• hantering door betr. (geruststelling, reat-tributie, cogn. gedragsmatige aanpak)</li> <li>• interventies in werk- en/of privé-domein</li> <li>• overleg curatieve sector</li> <li>• verwijzing en/of consultatiemodel (liaisonmodel)</li> <li>• preventieve adviezen en adviezen op organisatieniveau t.b.v. effectieve aanpak in de organisatie</li> </ul>
	<b>De behandeling of interventie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerdere behandelingen</li> <li>• Adviezen behandelaars</li> <li>• Schriftelijke informatie en/of telefonisch overleg met behandelaars</li> </ul>		
	<b>Stressoren in het werkdo- mein</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stressoren werk</li> <li>• Druk/afwachtende houding werkgever versus steun</li> <li>• Functioneringsniveau</li> </ul>		
	<b>Stressoren in het privé- domein</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stressoren privé versus steun</li> <li>• Functioneringsniveau</li> </ul>		
	<b>Copinggedrag</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overmatige bezorgdheid nu of als patroon</li> <li>• 'Kleuring' door angst/somberheid</li> <li>• Dringt exclusief aan op somatische verklaring</li> </ul>		

Schema 4. Analysematrix voor multifactoriële analyse bij somatoforme verschijnselen.

## Vervolg systematische aanpak bij...

### 4.3 Begeleiding en behandeling bij somatoforme verschijnselen

#### 4.3.1 Inleiding

Zoals eerder gesteld is er weinig onderzoek bekend over de diagnostiek en aanpak bij somatoforme verschijnselen door arboprofessionals. Daardoor is de inhoud van dit hoofdstuk afgeleid van onderzoek door andere beroepsgroepen en van ‘tacit knowledge’ (niet-geëxpliciteerde kennis) van arboprofessionals. Een belangrijk uitgangspunt voor het hierna voorgestelde [werkmodel](#) van de Kenniskring is het onderzoek van huisarts [Blankenstein](#)<sup>35</sup> over het effect van reattributie bij somatisatie.

Basis voor het model van reattributie is de techniek zoals die door [Goldberg](#)<sup>36</sup> is ontwikkeld. Hij toonde aan dat patiënten met diverse vormen van somatisatie zich pas effectief geholpen voelden wanneer ze drie fasen in het consultatieproces hadden doorlopen. De fasering voor de behandelaar is:

1. Neem de klacht serieus.
2. Verbreed de agenda.
3. Leg de link.

Eerder is in de Verenigde Staten aangetoond<sup>37</sup> dat de verspreiding van een ‘consultation letter’ (met instructies over het serieus nemen van de klacht, beperken van verwijzingen, geven van goede uitleg) onder huisartsen, voor de aanpak van somatisatiestoornis, leidde tot een verminderde medische consumptie van deze patiënten met 50 procent. Van der Zwaard<sup>38</sup> bepleitte eerder om deze regels toe te passen in de Nederlandse gezondheidszorg (zie [bijlage A](#)). De Amerikaanse gezondheidszorg verschilt echter op veel punten van de Nederlandse. In het onderzoek van Blankenstein deden Nederlandse huisartsen mee en was ziekteverzuim een uitkomstmaat. Zij bewerkte het model van Goldberg zodanig dat reattributie ook gebruikt kon worden voor patiënten met zowel kortdurende als langdurige vormen van somatisatie en hypochondrische patiënten. Zij toonde aan dat bij een goede toepassing (na een training voor de huisartsen van twintig uur), het verzuim bij 10 procent van haar populatie met de hoogste medisch consumptie, daalde van vijf weken per half jaar naar 0 (controlegroep bleef vier weken verzuim houden).

In het door de Kenniskring voorgestelde [werkmodel](#) zijn de reattributietechniek, de beslisboom en voorafgaande signalen (zie [schema 2](#) en [3](#)) gecombineerd met de ‘gedragsregels’ uit de genoemde ‘consultation letter’.

## Vervolg systematische aanpak bij...

### 4.3.2 Werkmodel

Ingang: lichamelijk ervaren klacht van werknemer, zonder direct afdoende medische verklaring en/of signaal volgens [schema 2](#).

#### 1. Neem de klacht serieus

- a) Ga voldoende op de klacht in, diep de klacht uit, vraag door naar ernst, frequentie en behandeling.
- b) Let op verbale en non-verbale signalen dat betrokkene zich voldoende begrepen voelt.
- c) Doe een lichamelijk onderzoek, tenzij duidelijk geen toegevoegde waarde.

#### 2. Verbreed de agenda

- a) Aan de hand van een multifactoriële analyse<sup>24</sup> (zie ook [schema 4](#)).
- b) Sluit lichamelijke pathologie uit met behulp van een gerichte tractusanamnese.
- c) Sluit middelengebruik (alcohol, drugs) en medicatie als oorzaak uit.
- d) Sluit depressie, angststoornis als andere onderliggende psychiatrische aandoening, anders dan een somatoforme stoornis uit.
- e) Let op aanwijzingen voor stressgerelateerde stoornissen.
- f) Vraag naar medisch behandelverleden, sluit somatisatiestoornis uit.

NB Denk bij a-typische presentatie (en/of beloop tijdens begeleidingsproces) aan simulatie, aggravatatie en nagebootste stoornis.

#### 3. Leg de link (door werknemer!)

- a) Naar psychosociale factor en/of hantering.
- b) Naar depressie en/of angststoornis.
- c) Gebruik zo nodig klachtendagboek als hulpmiddel.
- d) Geef als de werknemer zover is een duidelijke en een rationale uitleg.
- e) Integreer beleid curatieve sector.

#### 4. Bepaal beleid

- a) Check acceptatie en therapiebereidheid door werknemer.
- b) Bij interventies bewaken van integrale en procescontingente aanpak.
- c) Wanneer de werknemer weerstand blijft houden tegen verwijzing overweeg het liaisonmodel.
- d) Bepaal op basis van functioneringsniveau de stappen van de werkherleving in eigen dan wel passend werk.
- e) Bepaal in overleg met werknemer interventies voor factoren (oorzakelijk en/of onderhoudend) in werk- of privédoelgebied.
- f) Check waar afstemming met behandelende sector nodig is met het oog op congruente advisering, overleg bij twijfel.

#### 5. Indien reattributie niet of onvoldoende tot stand komt:

- a) Faseer het werkmodel: verdeel over vervolgsessies.
- b) Herhaal en heroverweeg de stappen 1 t/m 4.
- c) Betrek de 'gevolgen' nadrukkelijker in het beleid (zie toelichting).

## Vervolg systematische aanpak bij...

### Addendum

*Indien hardnekkige ongerustheid of angst overheerst*

- a) Stop met geruststellen.
- b) Daag de alarmerende gedachten uit.  
Ga in op de meest alarmerende gedachte (o.a. m.b.v. 'final test').
- c) Blootstelling.

### Toelichting *werkmodel*

Algemeen: Dit model gaat uit van een procescontingente benadering. (zie [paragraaf 4.3.3](#)). Blankenstein geeft aan dat de competenties en attitude van de begeleidende professional erg belangrijk zijn. In de training voor huisartsen blijkt dat het essentieel is dat de patiënt zich echt begrepen voelt en na verbreding van de agenda zelf de link legt.

Ad 1c) De meeste auteurs<sup>2,38</sup> adviseren om bij elke eerste klacht en verandering van klachtenpatroon een lichamelijk onderzoek te doen.

Ad 2d) Zie [bijlage E](#).

Ad 2e) Conform de richtlijn van de [NVAB](#)<sup>6</sup>. Vraag bijvoorbeeld naar concentratiestoornissen, prikkelbaarheid en andere signalen van controleverlies.

Ad 2f) Denk aan somatisatiestoornis bij uitgebreid (medisch consumptie-)patroon beginnend voor het dertigste levensjaar.

Ad 3) Dit kan met behulp van open vragen ("Welk verband ziet u?") en suggesties ("Ziet u een verband tussen moment X, de periode van de problemen op uw werk, en de uw klachten?"). Belangrijk is om niet een mening op te dringen, maar aan de hand van (non-)verbale signalen te zien of de werknemer de link legt. Bij werknemers die hierin een open houding hebben zal dit een natuurlijke overlap hebben met [fase 2](#).

Ad 3a) Op basis van coping en/of persoonlijkheid (zie ook [paragraaf 4.2.2](#)).

Ad 3c) Een klachtendagboek is een hulpmiddel om de problemdiagnose te verhelderen en om de werknemer te helpen zicht te krijgen op de oorzaken van de klachten. Hierbij wordt de werknemer geïnstrueerd in een dagboek klachten, activiteiten en gedachten/zorgen per dag bij te houden. Hieronder een (fictief) voorbeeld:

	Klachten	Activiteiten	Gedachten/zorgen
ma	Nekpijn, moe	Weinig gedaan	Dit is zo erg, dat moet een oorzaak hebben
di	Matige nekpijn	Met kinderen naar bioscoop	Geen hinder van klachten
wo	Veel hoofd- en nekpijn	Gewerkt, ruzie met cheffin	Veel meer last, afspraak huisarts gemaakt
do	Idem	Huishouden gedaan	Hoofdpijn houdt aan, waarom?

## Vervolg systematische aanpak bij...

- Ad 3d) Zie [paragraaf 4.3.4](#).
- Ad 3e) Soms is het raadzaam uitgezet onderzoek van de curatieve sector deels af te wachten (niet met betrekking tot duiden mogelijkheden en beperkingen en van stappen in de werkhervatting), om het leggen van de link door de werknemer te faciliteren. Bijvoorbeeld omdat de werknemer enkele uitslagen wil afwachten of de visie van de huisarts wil horen, voordat hij openstaat voor een andere dan een somatische verklaring. Afstemming hierover is gewenst.
- Ad 4a) Indien deze er niet zijn, kan dit komen doordat een voorgaande stap van het [werkmodel](#) niet goed verlopen is.
- Ad 4b) Dit zijn verwijzingen en andere activiteiten die herstel en terugkeer bevorderen. Daarbij dienen een integrale aanpak, een kundige begeleiding en eventuele onderliggende aandoeningen gewaarborgd te zijn. Check dit waar nodig bij de curatieve sector (eerste- en tweedelijns) en bij de tweedelijns arbozorg. (Zie [paragraaf 4.4](#).)
- Ad 4c) Indien de werknemer ook na meerdere gesprekken weerstand houdt tegen verwijzing, overweeg het liaisonmodel: een psychiater of psycholoog ziet de werknemer eenmalig, of de arboprofessional consulteert zelf een psychiater of psycholoog om advies te krijgen over het beleid bij de werknemer.
- Ad 5) Met de 'gevolgen' wordt bedoeld:
- Hervatting op basis van de mogelijkheden.
  - Adviseer zoeken naar passend werk of andere werkgever indien onvoldoende mogelijkheden voor eigen werk of onvoldoende passend werk.
  - Leg mogelijke consequenties aan werknemer uit voor betrokkenheid bij werk en met betrekking tot WAO/WW en dergelijke.
  - Zoek naar interventie die werknemer helpt bij de gevolgen van de beperkingen (afhankelijk van problemdiagnose kan dit een psycholoog, arbeidsrevalidatietherapeut of arbeidsdeskundige zijn).

Ad [Addendum](#): [Blankenstein](#) adviseert bij hypochondrische kenmerken – als ongerustheid en angst overheersen en op een redelijk wijze gegeven geruststelling onvoldoende is – de onderstaande aanpak. Blankenstein heeft dit toegevoegd aan het reattribuatiemodel. Deze 'extensie' wordt apart weergegeven (zie [paragraaf 6.3.3](#)), omdat hypochondrie niet rechtstreeks onder de definitie van somatisatie valt en de behandelingsmethode een behoorlijke mate van training vraagt. De Kenniskring acht dit wel van belang voor de arbodienstverlening.



## Vervolg systematische aanpak bij...

### 4.3.3 Procescontingente begeleiding

De Kenniskring pleit voor een procescontingente begeleiding bij werknemers met somatoforme verschijnselen. Onder procescontingent<sup>39</sup> verstaan wij 'dat in de begeleiding voorop staat dat de werknemers hun processen rond hun herstel doorlopen en niet het verloop van de klacht.' Dit met betrekking tot:

- het stabiliseren en formuleren van een rationale (een verklaringsmodel dat tevens perspectief biedt);
- het verhelderen van de oorzaken, inzicht in de gevolgen;
- het aanpakken van de oorzaken en de gevolgen, alsmede vormgeving van de reïntegratie;
- de terugvalpreventie.

Dit alles in een kader van tijdcontingente begeleiding<sup>6, 40</sup>. Echter het tijdsverloop is bij procescontingente begeleiding geen dogma maar een nuttig instrument ter evaluatie van het verloop. Bij een werknemer met surmenage en forse somatisatie of overmatige bezorgdheid kan het zijn dat het twintig weken duurt voordat deze het werk volledig hervat heeft. Dit kan komen doordat de werknemer forse beperkingen had die langzaam afnamen omdat de werknemer pas na een aantal gesprekken open ging staan voor andere verklaringen. Als er verder sprake was van een redelijke motivatie van de werknemer, kunnen we dit als 'normale processen' beschouwen waarvoor een aangepaste tijdslijn redelijk is.

### 4.3.4 Het geven van een rationale

Een rationale<sup>6</sup> is een acceptabele verklaring voor het toestandsbeeld waarin de werknemer zich bevindt en die tevens perspectief biedt. Een goede verklaring van de klachten blijkt bij begeleiding een belangrijke bijdrage te leveren aan een goed resultaat. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van metaforen, bijvoorbeeld die van de weegschaal om uitleg te geven wanneer een evenwicht verstoord is. Juist bij werknemers die somatiseren is er weerstand tegen een niet strikt somatische verklaring. Inzichten vanuit recent fysiologisch onderzoek<sup>41, 42</sup> tonen aan dat er aanwijzingen zijn voor een fysiologische basis bij somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Van belang is dat de werknemer op basis van deze inzichten geholpen kan worden met rationales zoals een ontregeld herstelstelsel vergelijkbaar met de situatie van een marathonloper die lange trainingen doet zonder voldoende hersteltijd na de trainingen.



## Vervolg systematische aanpak bij...

### c a s e

Een werkneemster is uitgevallen met klachten van moeheid, die al enkele maanden bestonden. Hier waren recent slaap- en concentratieproblemen bij gekomen waardoor ze zich ziek heeft gemeld. Een werkhervatting na vier weken mislukte, wat meteen toenemende nerveuze en spanningsklachten gaf. De bedrijfsarts ziet haar vlak na de mislukte werkhervatting. Hij neemt eerst de gepresenteerde klachten serieus: “Ik wil graag precies weten hoe vaak en hoe erg de moeheidsklachten zijn en waarin u daardoor beperkt bent.” Cliënte vertelt in detail over haar moeheidsklachten en vervolgens geeft ze aan daardoor niet goed te kunnen slapen, tot erg weinig te komen en weinig plezier meer in de dagelijkse dingen te hebben. De bedrijfsarts vraagt door op andere lichamelijke klachten en vervolgens op psychische klachten. Bij dit doorvragen blijkt dat er ook sprake is van een gemaskeerd depressief syndroom. Nadat dit gecommuniceerd is, geeft cliënte aan dat ze blij is dat duidelijk is waar de moeheid vandaan komt.

Bedrijfsarts verbreedt vervolgens de vragen omtrent het werk, de thuissituatie en het functioneringsniveau. Cliënte blijkt in het werk en thuis zeer beperkt te functioneren en geeft aan: “Vroeger was ik heel anders”. De bedrijfsarts gaat daarop door met vragen over haar copingstijl: “Hoe pakte u vroeger stress op het werk aan? Was u iemand die zich erg verantwoordelijk voelde, iemand die achteraf gezien over de eigen grenzen heen ging?” Dit laatste beaamt de cliënt. De bedrijfsarts geeft vervolgens een rationale aan met perspectief. Met cliënte wordt afgesproken dat ze dit op zich zal laten inwerken en dat er over een week telefonisch contact is voor afspraken over het vervolg van de werkhervatting en professionele ondersteuning. Cliënte belt na een week op en er worden afspraken gemaakt voor een terugkeerplan en verwijzing voor professionele ondersteuning, in overleg met de huisarts.

#### 4.4 Aanpak op het spreekuur

De kerncompetenties die nodig zijn voor goede begeleiding van werknemers met somatisatie zijn:

- 1) Juiste attitude: open mind en klachtbeleving werknemer serieus nemen.
- 2) Medische diagnostiek en lichamelijk onderzoek.
- 3) Herkenning van psychiatrische comorbiditeit.
- 4) Reattributie naar stressoren en verstoorde lichaamsfuncties.
- 5) Systemvisie: de betreffende medewerker kunnen bezien in relatie tot zijn context (werk en privé).
- 6) Adequate communicatie naar werknemer en werkgever: hen brengen tot een gezamenlijke probleemstelling en -oplossing.



## Vervolg systematische aanpak bij...

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de bedrijfsarts de diagnose het beste kan stellen, aangezien deze lichamelijk onderzoek kan doen en als arts medisch eindverantwoordelijk is voor het gehele oordeel. Volgens de Kenniskring kunnen arboverpleegkundigen, ondanks het niet verrichten van lichamelijk onderzoek, werknemers met lichte vormen van somatisatie wel begeleiden. Er wordt namelijk vaak aangesloten op lichamelijk onderzoek dat door de huisarts is verricht. Als de arboverpleegkundige met de werknemer tot reattributie en reïntegratie komt, is dit adequaat. Bij stagnerend herstel en niet slagen van de reattributie is verwijzing naar de bedrijfsarts nodig.

Op basis van het door de Kenniskring opgestelde [werkmodel](#) is het belangrijk dat de bedrijfsarts werknemers ziet bij wie de reattributie niet makkelijk verloopt. Bij twijfel vooraf kan de bedrijfsarts de werknemer het beste het eerst zien omdat een overdracht van arboverpleegkundige naar bedrijfsarts een nadeel is voor de gewenste vaste begeiderrelatie met de werknemer. De Kenniskring beveelt de [4DKL-vragenlijst](#) aan als hulpmiddel bij de selectie van de begeleider. Op basis van de bekende literatuur kan de Kenniskring geen aanbevelingen doen voor exacte criteria.

De Kenniskring geeft in overweging om op indicatie een driegesprek tussen werknemer, werkgever en arboprofessional te organiseren. Dit kan soms leiden tot een beter begrip van oorzaken en om oplossingen te vinden, wat de reïntegratie positief kan beïnvloeden.

Aangezien de bedrijfsarts in het kader van de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) de medische eindverantwoordelijkheid draagt, pleiten wij voor een model waarbinnen de arboverpleegkundige werknemers met lichte vormen van somatisatie kan begeleiden. Voorwaarde is wel dat er overleg met de bedrijfsarts plaatsvindt wanneer er sprake is van stagnerend herstel of vermoeden op (niet adequaat behandelde) psychiatrische ziektebeelden. Dit kan leiden tot een oproep voor het spreekuur bij de bedrijfsarts en verwijzing naar de gespecialiseerde tweede lijn.

Tot slot pleit de Kenniskring ervoor dat alle arboprofessionals, die somatiserende werknemers begeleiden, op te leiden op het gebied van reattributie (zie [aanbevelingen](#)).



## Vervolg systematische aanpak bij...

### 4.5 Begeleiding in de tweedelijns arbodienstverlening en tweedelijns reguliere zorg

Indien begeleiding conform de Werkwijzer niet leidt tot volledige reïntegratie dient, verwijzing naar de tweede lijn overwogen te worden. Bij de lichtere vormen van somatisatie kan het zijn dat een stressor in het werk of de thuissituatie onvoldoende aangepakt is. Indicaties bij de zwaardere vormen van somatisatie zijn:

- a) Niet-functionele gedachten (irrationele opvatting) over oorzaken, gevolgen en aanpak.
- b) Een ontregelde balans met betrekking tot inspanning en ontspanning, activiteiten en rust.
- c) Een significant verlies in uithoudingsvermogen.
- d) Diagnose van somatisch specialisten van een functioneel syndroom en waarbij begeleiding voor de werknemer met betrekking tot hantering van de gevolgen nuttig is (zie verder [paragraaf 6.2](#)).
- e) Aanwijzingen voor psychopathologie, met name in de vorm van depressie of angststoornis, dan wel in de vorm van een somatoforme stoornis.
- f) Persoonlijkheidsproblematiek.

Zoals eerder gesteld is het vooral zaak de werknemer op de juiste wijze te motiveren voor een verwijzing. De praktijk leert dat voor bepaalde problematiek specifieke tweedelijns professionals het beste zijn toegerust, mits deze bekend zijn met basale technieken voor reattributie en communicatie:

- Somatoforme verschijnselen in relatie tot stressoren in het werk: bedrijfsmaatschappelijk werk.
- Idem door oorzaken in thuissituatie: algemeen maatschappelijk werk of bedrijfsmaatschappelijk werk in verband met de arbeidsrelevante aspecten.
- Langdurige/ernstige somatoforme verschijnselen: klinisch psycholoog/ggz-psycholoog. De behandeling<sup>43, 44</sup> in de tweede lijn dient te gebeuren door een psycholoog die ervaren is in de protocollaire behandeling van somatoforme verschijnselen en stoornissen. De protocollen zijn gebaseerd op een cognitief gedragsmatige aanpak, waarbij het [gevolgenmodel](#) en [biopsychosociaal model](#) als referentiekader worden gebruikt. Bij de intake dient goede psychiatrische diagnostiek gewaarborgd te zijn. Deze vorm van behandeling wordt in de reguliere zorg en de tweedelijns arbozorg aangeboden. Bij diverse revalidatiecentra en in de tweedelijns arbozorg zijn behandelgroepen met een multidisciplinaire aanpak op basis van genoemde principes en referentiekaders.
- Somatoforme stoornissen: psychiater via verwijzing of door middel van het

## Vervolg systematische aanpak bij...

- liaisonmodel in samenwerking met huisarts of bedrijfsarts. Dit is ook het geval bij ernstige primaire somatisatie met persoonlijkheidsstoornissen.
- Aspecifieke klachten van het bewegingsapparaat (rug, nek, RSI) samenhangend met gedragsmatige aspecten: bij minder dan dertien weken verzuimduur en/of goed corrigeerbare gedragscomponent: arboprofessional, met name de arbeidsrevalidatietherapeut of bedrijfsfysiotherapeut al dan niet in samenwerking met psycholoog.
- Idem maar verzuimduur langer durend dan dertien weken en/of forse gedragscomponent: multidisciplinaire behandeling.

Bij aanwijzingen voor psychopathologie dient met de huisarts afgestemd te worden welke behandeling het meest adequaat is en met welke wachttijd deze geboden kan worden. De keuze is om te verwijzen naar RIAGG, vrijevestigd psychiater, eerstelijns klinisch psycholoog of tweedelijns arbopsycholoog.

Bij alle genoemde verwijzingen is het van belang de voorkeur van de werknemer in de beslissing te betrekken omdat de behandelmotivatie van de werknemer zal bijdragen aan het uiteindelijke resultaat. Relevant is ook de wachttijd voor een eventuele behandeling. hoe langer de wachttijd hoe groter de kans dat het verstoorde evenwicht zich fixeert. Volgens de Kenniskring is bijvoorbeeld zes maanden wachttijd voor behandeling in een revalidatiecentrum geen volwaardig alternatief.

In voorkomende gevallen hangt somatisatie samen met loopbaanproblematiek of ontstaan er in samenhang met onder andere functionele syndromen zodanige beperkingen dat er bemiddeld moet worden in het zoeken naar passend werk. Hiervoor is de arbeidsdeskundige de meest aangewezen persoon. Deze dient wel door de verwijzer geattendeerd te worden op een samenhang tussen klachten en oorzaken in het werk. Hij kan de werkgever dan adviseren waar arbeidsomstandigheden en begeleiding aan dienen te voldoen.

### c a s e

Een medewerkster van de huishoudelijke dienst is uitgevallen met rugklachten. Als oorzaak geeft zij zelf aan: het huidige pand waarin ze werkt, het vele traplopen en de tilwerkzaamheden. Via de huisarts is betrokkene verwezen naar de fysiotherapeut. De behandeling is onder meer gericht op een juiste houding tijdens het verrichten van werkzaamheden.

De begeleiding wordt opgestart door de arboverpleegkundige. Het plan van aanpak naar aanleiding van de probleemanalyse is gericht op geleidelijke

## Vervolg systematische aanpak bij...

opbouw van uren en taken. Aanvankelijk gaat dit goed maar ondanks de houdingsadviezen treedt er toch stagnatie op in de reïntegratie.

Tijdens het spreekuur wordt eerst ingegaan op de klachten en daarna wordt de agenda verbreed door te informeren naar de mogelijkheden tot ontspanning en het slapen. De betrokkene geeft aan zich moeilijk te kunnen ontspannen en al langere tijd (ongeveer twee jaar) slaapproblemen te hebben. Zij krijgt van de huisarts regelmatig kortdurend slaapmedicatie.

In eerste instantie kan betrokkene de link niet leggen tussen haar 'privéproblemen' en de rugklachten. Ook bij een vervolgesprek blijft mevrouw sceptisch. Na een aantal gesprekken legt betrokkene toch een link: partner blijkt aantal jaren geleden een burnout gehad te hebben die niet goed behandeld is, waarna bij betrokkene – naar haar partner toe – onbewust irritaties zijn ontstaan die nooit met hem zijn besproken (zij irriteert zich bijvoorbeeld als hij slaapt, en zij niet). Hierna is betrokkene gemotiveerd tot verwijzing naar de psycholoog. Hier kan zij onder andere de irritaties uitspreken en ziet zij nog meer het verband met haar fysieke klachten. De slaapproblemen zijn nog niet verdwenen maar betrokkene raakt minder gefrustreerd wanneer ze niet kan slapen en kan zich iets beter ontspannen. Zij heeft haar werk volledig hervat.

### 4.6 Somatoforme verschijnselen en arbeids(on-)geschiktheid

Anders dan de huisarts heeft de arboprofessional naast een begeleidende rol ook een wettelijke taak in het kader van de verzuimbegeleiding. De Wet Verbetering Poortwachter heeft ertoe bijgedragen dat arboprofessionals meer vanuit een multifactoriële insteek begeleiden en dat de werknemer en de werkgever meer gestimuleerd worden om bij arbeidsongeschiktheid aan oorzaken en onderhoudende factoren te werken en dit met elkaar af te stemmen. Wij veronderstellen dat dit gunstig is voor de begeleiding en reïntegratie van werknemers met somatoforme verschijnselen.

In verband met het medisch arbeidsongeschiktheids criterium<sup>45</sup> kan er bij werknemers met somatoforme verschijnselen een spanningsveld rond het objectiveren van de beperkingen en het aannemelijk maken van 'ziekte of gebrek' bestaan. De Kenniskring vermoedt dat bij vage klachten vaker een meningsverschil bestaat tussen werknemer en arboprofessional, dan bij klachten die duidelijker objectieverbaar zijn. Dit zal dan vaker leiden tot het aanvragen van een deskundigenoordeel. De Kenniskring stelt dat het beoordelen van beperkingen en mogelijkheden bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen net als bij andere ziektebeelden dient



### Vervolg systematische aanpak bij...

te gebeuren. Dat wil zeggen op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en het gericht opvragen van informatie bij anderen. Een vooroordeel of onvoldoende expertise bij de arboprofessionals mag geen reden zijn om het te laten aankomen op een deskundigenoordeel, maar ook niet tot het vermijden van duiden van beperkingen of mogelijkheden. Naar de mening van de Kenniskring kan het duiden van meer beperkingen dan er aanwezig zijn somatisatie juist versterken. Een adequate begeleiding zal bijdragen aan een goede problemdiagnose en bijpassend beleid. Hierbij dient de werknemer volgens de Kenniskring proces- en tijdcontingent begeleid te worden. Daarbij kan het voor de werknemer enige tijd vergen (enkele weken) om te komen tot probleemverheldering en het leggen van de link. Dit kan tot gevolg hebben dat de reïntegratie meer gefaseerd dient te worden dan bij een werknemer met een vergelijkbaar klachtenpatroon waar dit niet speelt. De samenhang tussen de beperkingen en de verzuimbestendige factoren zullen zo duidelijker worden. Op basis van genoemde aanpak worden daarmee de beste resultaten bereikt.

Uit een goede probleemanalyse en bij adequate begeleiding kan duidelijk worden dat een motivatieprobleem overheerst en dat de arbeidsongeschiktheid niet onderbouwd kan worden op basis van andere factoren. Het aangeven van grenzen voor de arbeidsongeschiktheid en verzuimbegeleiding is dan op zijn plaats.

Aparte vermelding verdient de rol van legitimering (eisen dat iemand oorzaken van klachten, beperkingen en gevolgde behandeling aantoonbaar maakt) en jurisdisering bij arbeidsongeschiktheid. Bellamy<sup>46</sup> onderzocht in de Verenigde Staten arbeidsongeschiktheid van patiënten, veroorzaakt door derden (ongevallen). Het herstel van de patiënt bleek vaak uitgesteld tot na de uitspraak van de rechter over de claim van de patiënt. In landen als Litouwen, waar een vergoeding voor aandoeningen zoals whiplash niet bestaat, bleek het ziekteverloop na één tot drie jaar na het ongeval vergelijkbaar met dat van de controlegroep waarvan de deelnemers geen ongeval hadden gehad. Hij noemt de financiële compensatie voor de patiënt een nocebo-effect, tegengesteld aan het placebo-effect. Met betrekking tot deze Werkwijzer is het relevant dit soort mechanismen op te merken als er bijvoorbeeld een verhaalkwestie loopt bij whiplashklachten na een ongeval of als een werknemer in beroep gaat tegen een beschikking over een WAO-keuring.



## Vervolg systematische aanpak bij...

### 4.7 Aanpak van somatoforme verschijnselen bij allochtonen

Zoals in de inleiding gesteld spelen bij arbeidsongeschiktheid bij allochtonen veel cultureel bepaalde factoren een rol, die buiten het bestek van deze Werkwijzer vallen. Hier wordt verwezen naar diverse recente onderzoeksrapporten en de [STECR-Assist](#) over allochtonen<sup>25</sup>. Er zijn in verband wel goede onderzoeken<sup>26, 47</sup> gedaan die aantonen dat somatoforme verschijnselen overal in de wereld in vergelijkbare mate voorkomen en dus geen ‘welvaartsziekte’ zijn. De aard van de klachten wordt daarbij wel cultureel bepaald: in Azië wordt bijvoorbeeld duizeligheid vaker aangegeven dan in het Westen, het blijft echter doorgaans een somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klacht.

De Kenniskring stelt dat het [werkmodel](#) goed aansluit bij wat bekend is over Sociaal Medische Begeleiding bij allochtonen. Allochtonen hebben meer dan autochtonen de verwachting dat een fysieke klacht serieus genomen wordt en dat de arts lichamelijk onderzoek doet. De leden van de Kenniskring hebben de ervaring dat hierna de agenda goed verbreed kan worden, zij het dat cultureel bepaalde aspecten van belang zijn en dat bijvoorbeeld discriminatie een stressor kan blijken te zijn. Bij het leggen van de link kan het door cultureel bepaalde aspecten nuttig zijn dat de arboprofessional meer ‘naast’ de werknemer gaat staan en samen met hem of haar stapsgewijs inventariseert welke verbanden kunnen worden gelegd en wat een adequate aanpak is. Ook hier geldt dat de aanpak averechts werkt als het advies tegenstrijdig is met de inzichten van de allochtone werknemer.

### 4.8 Samenwerking met curatieve sector

Gezien de ervaringen bij patiënten met somatoforme verschijnselen is het bevorderlijk dat een werknemer door een arts begeleid wordt. In Nederland is dit zelden het geval. Daarom is het zaak dat de arboprofessional en huisarts zoveel mogelijk hetzelfde beleid hanteren. Hiervoor zal regelmatig afstemming nodig zijn. Concreet adviseren wij afstemming door de arboprofessional wanneer:

- Er onzekerheid is over de medische diagnose en/of onderliggende psychiatrische problematiek.
- Er afspraken nodig zijn over de afbakening van het medisch traject (welk medisch onderzoek is noodzakelijk en wat dient daarover aan de werknemer te worden uitgelegd).
- Er specifieke interventies zijn gericht op de aanpak van de somatisatie en/of de stressoren die ertoe bijdragen. Hier kan ook goed een werkverdeling<sup>40</sup>



## Vervolg systematische aanpak bij...

afgesproken worden voor de aanpak van de meer werkgerelateerde oorzaken (arboprofessional) en voor de oorzaken in het privé-domein (via huisarts). Wanneer de communicatie niet is afgestemd draagt dit bij aan de onzekerheid en eventueel somatisatie bij de werknemer. Wij pleiten voor een vergelijkbare insteek bij de huisarts als deze bovengenoemde zaken bij een werknemer opmerkt.

### 4.9 Aanpak van somatoforme verschijnselen door het werk

Somatoforme verschijnselen waarbij de werknemer de oorzaak zoekt in werkgebonden factoren onderscheiden zich qua symptomen niet van de andere vormen van somatisatie<sup>48</sup>. Van belang is dat de werknemer de oorzaak van de lichamelijke ervaren klachten wijt aan een factor in de werkomgeving. Dit is in de literatuur omschreven als Environmental Somatization Syndrome<sup>49, 50</sup> (ESS, bijvoorbeeld hoofdpijnklachten in het kader van een Sick Building Syndrome) en Multiple Chemical Sensitivity (MCS). Bij MCS worden de klachten volgens de definitie van Cullen<sup>51</sup> toegeschreven aan chemische stoffen, terwijl de dosering beduidend onder de normen lag waarbij gezondheidseffecten zijn aangetoond.

Bij nader onderzoek naar vormen van MCS is steeds aangetoond dat de blootstelling ver onder de bekende normen lag. Er bestaat geen causaal verband tussen blootstelling en klachten, maar er is wel samenhang met psychiatrische problematiek<sup>49, 52</sup> en een voorgeschiedenis van somatoforme verschijnselen.

Bij werkgebonden somatoforme verschijnselen spelen media vaak een opvallende rol<sup>50</sup> in de 'verspreiding' en de onrust daarover. Een voorbeeld is het attribueren van klachten naar het effect van elektromagnetische straling van beeldschermen en ongerustheid over mogelijke effecten op de ongeboren vrucht in de jaren tachtig. Deze verbanden bleken later niet te bestaan, maar de publiciteit in de media droeg ertoe bij dat deze onrust nog jaren bleef bestaan.

Uit de literatuur<sup>48</sup> blijkt dat de aanpak op hoofdlijnen dezelfde is als bij de andere vormen van somatisatie: toepassing van de gedragsregels (zie [bijlage A](#)) en toepassing van reattributie. Specifiek is dat indien de arboprofessional meent dat er maatregelen nodig zijn in de werkomgeving, deze zeer goed dient uit te leggen uit welk oogpunt hij dit doet en wat de te verwachten effecten zijn. Wanneer de werknemer (tijdelijk) ontheven wordt van blootstelling, dient uitgelegd te worden dat dit is vanwege de ongerustheid en het doorbreken van de vicieuze cirkel. Dit impliceert niet dat er een causaal verband bestaat tussen de klachten en de factoren in de werkomgeving.



# Aanpak op meso- (binnen arbo- dienst en bij werkgever-klant) en macroniveau

## 5.1 Voorgestelde werkwijze voor de arbodienst

Ten aanzien van de begeleiding bij somatoforme verschijnselen heeft de arbodienst een expert- en adviesfunctie. De expertfunctie betreft de begeleiding van werknemers die uitvallen of dreigen uit te vallen met somatoforme verschijnselen. Bij de adviesfunctie gaat het om advisering aan de werkgever ten aanzien van voorwaardenscheppende condities voor verzuimpreventie en reïntegratie van zieke werknemers. Dit laatste wordt beschreven in [paragraaf 5.2](#).

Met betrekking tot de expertfunctie is het zinvol een onderscheid te maken in:

- a. Preventieve aanpak.
- b. Informatie- en selectiefase.
- c. Behandelfase (zie [paragraaf 4.3](#), betreft met name handelingen op niveau van werknemer).
- d. Aanpak op het spreekuur.
- e. Begeleiding in tweede lijn door bedrijfsmaatschappelijk werker, psycholoog, arbeidsrevalidatietherapeut en multidisciplinaire teams.

### Preventieve aanpak

Het is van belang dat de werkgevers door arboprofessionals adequaat ondersteund worden in verband met advisering over ziekteverzuimbeleid en -preventie. (Hiervoor verwijzen we met name naar [paragraaf 5.2](#).) Aangezien somatisatie multifactorieel bepaald is, zal het reduceren van stressoren in de werkomgeving bijdragen aan de beperking van somatisatie. Dit geldt ook als de afstemming tussen de thuis- en werksituatie verbeterd wordt. De arbodienst dient hierover inhoudelijk te adviseren. Daarbij heeft zij de taak om in samenwerking met werkgever en werknemers (-vertegenwoordiging) een zodanige lage drempel te hebben dat werknemers de arbodienst in een vroeg stadium consulteren en het gevoel hebben dat ze hun klachten niet onnodig hoeven te legitimeren. Middelen in dit geheel zijn:

- regelmatig overleg met de directie van de klant-werkgever;
- regelmatig overleg met de OR/werknemersvertegenwoordiging;



## Vervolg aanpak op meso- en makroniveau

- stimuleren dat preventieve instrumenten van de arbodienst (open arbeidsomstandighedenspreekuur, PAGO, inzet adviseurs) bekend worden gemaakt bij de werknemer;
- regelmatig presentaties houden bij werkoverleg, werknemersvertegenwoordiging met het accent op preventieve aanpak, aanpak van oorzaken van klachten en arbeidsongeschiktheid en daarbij de aspecten van legitimering afbakenen en waar nodig relativeren.

### Informatie- en selectiefase

Deze fase betreft vooral de eerste twee weken van het verzuim waarin de arbodienst met behulp van eigen verklaringen (van de werknemer zelf of van diens leidinggevende), specifieke vragenlijsten, telefonische inwinnen van informatie en huisbezoek inschat of het verzuim van kortdurende aard is dan wel dat er risico's bestaan voor dreigend langdurig verzuim. Met betrekking tot somatoforme verschijnselen is het van belang dat de volgende zaken onderkend worden:

- Zijn er onbegrepen lichamelijke klachten?
- Zijn er onderliggende psychiatrische aandoeningen, met name depressies of angststoornissen?
- Zijn er onderliggende stressoren, met name in werk en privéomgeving?
- Zijn er belangen bij de medewerker zelf of diens omgeving die het proces van somatisatie bevorderen?
- Is er overmatige bezorgdheid dan wel inadequate coping?

Genoemde factoren zijn risicofactoren voor de bevordering van het somatisatieproces. Deze dienen gewogen te worden tegen de prognose zoals de werknemer die ziet. Als de werknemer meent binnen enkele dagen het werk te kunnen hervatten, is dit gunstig en kan oproepen voor het spreekuur averechts werken. Weet de werknemer niet wanneer hij het werk zal hervatten of denkt hij langer dan drie weken te verzuimen, dan is dit een zwaarwegende risicofactor en reden voor een versnelde oproep bij de arbodienst.

De reguliere eigen verklaring van de werknemer biedt doorgaans te weinig mogelijkheden voor het onderkennen van somatisatie. Telefonische informatie-inwinning en huisbezoek bieden veel meer mogelijkheden, mits degene die dit uitvoert aanvullend getraind is op het onderkennen van somatisatie. Een alternatief is in dit stadium de direct leidinggevende meer te betrekken door het gebruik van een zogenoemde 'leidinggevende verklaring' en daaropvolgend telefonisch contact met de leidinggevende. Hierdoor kan een samenhang tussen klachten en stressoren soms beter opgemerkt worden.

Veelbelovend maar nog experimenteel, is de vroege inzet van vragenlijsten waar-



## Vervolg aanpak op meso- en makroniveau

mee somatisatie, comorbiditeit en stressoren herkend worden. Omdat interpretatie van vragenlijsten, zoals de [4DKL](#), pas goed mogelijk is op basis van een spreekuurconsult en de nodige deskundigheid vraagt, pleiten wij ervoor deze in de behandel fase te gebruiken náást het oordeel dat tijdens het spreekuur tot stand komt.

### 5.2 Voorgestelde werkwijze m.b.t. (klant-)werkgever

#### 5.2.1 Inleiding

Aangezien lichte vormen van somatisatie vaak voorkomen, kunnen we ervan uitgaan dat de werkgever en werknemer hier vaak mee te maken hebben. Dit zal veelal somatoforme verschijnselen betreffen, waarbij de werknemer een lichamelijke klacht heeft die samenhangt met een stressor op het werk of de privé situatie, dan wel een lichte verstoring van of verlaagde drempel in de waarneming van een symptoom in een orgaanstelsel zoals bijvoorbeeld buik- of spierklachten. Dit is met name relevant als dit bij de werknemer leidt tot verminderd functioneren, frequent verzuim of langdurig verzuim. Wij maken een onderscheid tussen een werkwijze voor de werkgevers waarbij de arbodienst niet en wel nodig is. In het eerste geval (werkwijze zonder interventie van de arbodienst) kan de arbodienst goed diensten bewijzen door werkgevers deskundiger en vaardiger te maken in het toepassen van deze interventies: herkennen en kunnen plaatsen van signalen, effectieve gespreksvaardigheden.

#### 5.2.2 Werkwijze zonder interventie van de arbodienst

Somatisatie wordt bevorderd als er bij de werkgever geen structurele aandacht is voor preventie van fysieke of psychische klachten en wanneer de medewerker (onbewust) vanuit gaat dat hij pas gehoord en serieus genomen wordt wanneer hij 'echt' iets mankeert. Het is belangrijk dat vanuit het management een bedrijfscultuur gecreëerd wordt waarin het gestimuleerd wordt om klachten, en oorzaken van klachten, in een vroeg stadium bespreekbaar te maken en waarin allen zich medeverantwoordelijk voelen. Dit dient aan te sluiten op een arbo- en verzuimbeleid waarbij er een structureel beleid is om klachten te voorkomen en het productieproces af te stemmen op de fysieke en mentale belastbaarheid van de werknemers.

Als een werknemer lichamelijke klachten heeft, geeft deze daar vaak bij zijn werkgever iets over aan. De klachten kunnen variëren van hoofd- en rugpijn tot vage klachten als grieperigheid en duizeligheid. Afhankelijk van hoe de leidinggevende

### Vervolg aanpak op meso- en makroniveau

hiermee omgaat, kan deze onbedoeld de presentatie van lichamelijke klachten bij de werknemer versterken. Dit kan weer leiden tot een hoger verzuim. Suggesties en praktische adviezen (op basis van persoonlijke ervaringen van leden van de Kenniskring) staan in [bijlage F](#). Een effectieve benadering door de leidinggevende kan juist tot een lager verzuim van zijn werknemer leiden. Best practices zijn met name ontleend aan de principes voor een goede verzuimpreventie en verzuimbegeleiding. De toets voor een succesvolle aanpak is dat de werknemer zelf aangeeft dat er onderliggende oorzaken zijn en dat hij wil meewerken aan een oplossing. In organisaties met een goede verzuimbegeleiding en verzuimpreventie leidt dit in het algemeen tot verzuimdaling. Ook zullen werknemers hun lichamelijke klachten minder 'poneren'. Mocht het voorkomen, dat bij een werknemer de klacht verergert, dan is het raadzaam om naast begeleiding van de arbodienst medische hulp te adviseren. Denk daarbij aan alarmerende klachten als rugklachten met uitvalsverschijnselen aan de voet of tijdelijke blindheid aan een oog of toenemende somberheid. Vage of herhaaldelijk terugkerende klachten met verzuim zijn ook reden om de arbodienst in te zetten.

#### 5.2.3 Werkwijze werkgever naast begeleiding door de arbodienst

Er zijn een aantal algemene zaken die de effectiviteit van de aanpak door de arbodienst versterken. Dit zijn:

- Een actieve opstelling bij aanpak van oorzakelijke/onderhoudende factoren bij somatoforme verschijnselen die samenhangen met stressoren. Bij oorzaken in het werk kan dit bijvoorbeeld aanpassing van werktijden zijn. Bij oorzaken buiten het werk, met gevolgen voor het werk, zijn dit bijvoorbeeld afspraken over bijzonder verlof bij privéproblemen.
- Het actief inzetten van interventies die ondersteunen bij de aanpak van somatoforme verschijnselen die samenhangen met stressoren, zoals bedrijfsmaatschappelijk werk bij samenhang met problemen in werksfeer of inzet van arbeidsrevalidatietherapie bij stagnerend herstel van rugklachten door gedragsmatige factoren.
- Het inzetten van arbeidsdeskundige/arbeidsbemiddeling als loopbaanproblematiek de onderliggende oorzaak van somatisatie is.
- Het onderhouden van contact met de werknemer tijdens reïntegratie. Het is aan te bevelen om tweewekelijks met de werknemer te bespreken hoe zijn reïntegratie verloopt.
- Pro-actief en interactief overleg met de arbodienst over aanpak van oorzakelijke en/of onderhoudende factoren van het verzuim en over het reïntegratieproces. Bij hardnekkige vormen van somatisatie is het zaak mee te werken aan reïntegratie in kleine stappen dan wel begeleiding naar passend werk.



## Vervolg aanpak op meso- en makroniveau

### 5.3 Somatoforme verschijnselen en (de-)medicaliseren

In relatie tot het onderwerp somatoforme verschijnselen wordt voor het macro-niveau regelmatig het begrip (de-)medicaliseren gehanteerd<sup>53, 54</sup>. Dit wordt op diverse manieren gedaan. Een thema is de opinie dat begrippen als fibromyalgie en whiplash diagnoses zijn voor niet-aantoonbare ziekten en dat deze begrippen medicaliserend werken. In deze lijn ligt de opvatting van sommigen dat werknemers met dit soort diagnoses niet voor een WAO-uitkering in aanmerking komen. Een ander thema is dat de bedrijfsarts, door zijn achtergrond een medicaliserende werking zou hebben. Dit wordt verbonden aan de oplossing van meer op de achtergrond plaatsen van de rol van de bedrijfsarts<sup>53</sup> en het centraal plaatsen van een niet-medisch opgeleide professional in de arbodienstverlening.

Medicaliseren is oorspronkelijk een sociologisch begrip en heeft met name bekendheid gekregen door het werk van [Freidson en Zola](#). [Freidson](#) stelde dat de medische macht zetelt in een monopolie op de termen ziek en gezond. [Zola](#) constateerde dat in westerse samenlevingen steeds meer maatschappelijke fenomenen, in samenhang met de begrippen ziek en gezond onder medisch toezicht kwamen. Hij noemde dit medicalisering en haalde er voorbeelden bij over roken, homoseksualiteit en verslaving.

De Kenniskring stelt dat het in relatie tot somatoforme verschijnselen belangrijk is het begrip medicaliseren juist te gebruiken. Op basis van de literatuur<sup>46, 53-55</sup> en eigen ervaring komt de Kenniskring tot de volgende conclusies:

- Factoren op macroniveau die legitimering van klachten en/of arbeidsongeschiktheid bevorderen werken medicaliserend en versterken het proces van somatisatie.
- Door maatschappelijke en technologische ontwikkelingen bestaat het gevaar van biologiseren<sup>56</sup>. Dit wil zeggen dat het aantonen van afwijkende bevindingen bij laboratorium- of ander onderzoek gelijkgesteld wordt aan het bestaan van een ziekte. Een voorbeeld op individueel niveau is de interpretatie van de bevinding van artrotische afwijkingen op een röntgenfoto van de lumbale wervelkolom (in het algemeen van geen meerwaarde voor het beleid). Op macro-niveau speelt dit thema bij de onderbouwing van functionele syndromen (zie [paragraaf 6.2](#)). Het is juist de meerwaarde van adequate medicalisering dat de zieke werknemer wordt behandeld en niet de afwijking.
- Bij functionele syndromen dienen de beperkingen en mogelijke oorzaken geobjectiveerd te worden, waarna de werknemer volgens de 'state of the art' begeleid dient te worden.
- Factoren op mesoniveau die de afhankelijkheid van medische dienstverlening versterken, werken medicaliserend en versterken het proces van somatisatie.





## Vervolg aanpak op meso- en makroniveau

Voor organisaties betreft dit werkgevers die aandringen op medische legitimering en die zich passief en afhankelijk opstellen. Voor arbodiensten betreffen dit arboprofessionals die een te strikt medisch model (in tegenstelling tot het [biopsychosociale model](#)) hanteren en legitimering benadrukken.

- De Kenniskring pleit juist voor medicalisering met betrekking tot de aanpak van somatoforme verschijnselen, waarbij er geen hersteltendens is en die leiden tot functioneringsverlies. Opgemerkt wordt wel dat daarbij het biopsychosociale model als kader gehanteerd dient te worden alsmede een focus op functioneringsherstel conform de inhoud van deze Werkwijzer. Wat betreft de rol van de bedrijfsarts pleit de Kenniskring tegen het op de achtergrond plaatsen van de inzet van de bedrijfsarts bij de aanpak van somatoforme verschijnselen, mits deze werkt vanuit het bovengenoemde referentiekader en gericht samenwerkt met de andere arboprofessionals.



# Achtergrondstudie

## 6.1 Somatoforme verschijnselen door psychiatrische aandoeningen

Psychiatrische aandoeningen die niet tot de groep somatoforme stoornissen behoren gaan geregeld gepaard met somatoforme verschijnselen. In de literatuur wordt dit omschreven als secundaire somatisatie. Het gaat daarbij meestal om een depressie of angststoornis, maar kan ook veroorzaakt worden door bijvoorbeeld een psychose. Secundaire somatisatie komt regelmatig voor: in diverse onderzoeken is bij 20-40 procent van diegenen die een huisarts consulteren een psychiatrische aandoening geconstateerd<sup>2, 57, 58</sup>. Dit kan qua lijdensdruk net zo ernstig zijn als bij een somatoforme stoornis. Bridges en Goldberg<sup>57</sup> hebben aangetoond dat 75 procent van de patiënten met een depressie zich alleen met een lichamelijke klacht aan de huisarts presenteerde. Slechts in 50 procent van de gevallen werd dit door de huisarts herkend. Dit is ook voor de Nederlandse eerste lijn geconstateerd<sup>58</sup>. Er is geen reden om aan te nemen dat dit percentage voor bedrijfsartsen hoger ligt. Dit is reden om de [4DKL](#) niet alleen te gebruiken om somatisatie eerder te herkennen, maar ook om depressies en angststoornissen uit te sluiten. Daarnaast dient er bij de meest voorkomende vage klachten, namelijk duizeligheid, borstklachten, hoofdklachten (zie [bijlage B](#)) aan depressies en angststoornissen (zie [bijlage E](#)) te worden gedacht. Gebleken is dat de aanwezigheid van het aantal somatoforme verschijnselen rechtstreeks gecorreleerd is aan de kans op een onderliggende psychiatrische aandoening<sup>59</sup>.

De behandeling bestaat uit de aanpak van de onderliggende psychiatrische aandoening. Herkenning en behandeling (medicatie en/of psychotherapie) leiden tot een verbeterde prognose. Indien de samenhang tussen de lichamelijke gepresenteerde klachten en de psychiatrische aandoening niet herkend wordt, leidt dit tot beperkingen en verminderd sociaal functioneren van de werknemer<sup>58, 59</sup>. Knelpunt is wel dat er bij deze patiënten vaak weerstanden bestaan tegen een psychiatrische verklaring. Daarom zijn de communicatieve technieken zoals onder [paragraaf 4.3](#) genoemd ook hier van belang. Volgens de literatuur is er meer kans op een effectieve aanpak als de aanpak via de behandelend (huis)arts verloopt en zijn er goede resultaten in een liaisonmodel waarbij de (huis)arts gecounseld wordt door een psychiater (na een eenmalig contact van de psychiater met de patiënt)<sup>60</sup>.

## Vervolg achtergrondstudie

## 6.2 Functionele syndromen

Zoals in [paragraaf 4.2](#) gesteld verstaat de Kenniskring onder functionele syndromen clusters van somatoforme verschijnselen die multifactorieel bepaald zijn. Diverse klinische specialismen hebben criteria opgesteld voor een betreffende aandoening. Voorbeelden zijn fibromyalgie, waar reumatologen criteria voor hebben geformuleerd en whiplash, waar neurologen diagnostische criteria voor hebben opgesteld. Zoals eerder gesteld hanteren psychiaters de DSM-IV-classificatie ongedifferentieerde somatoforme aandoening. Voor overleg met curatieve artsen is het van belang dat de terminologie van klinisch specialisten en psychiaters door arboprofessionals gehanteerd kan worden.

Bij nadere bestudering blijkt dat er een grote mate van overlap bestaat tussen de klachten die patiënten met deze aandoeningen hebben<sup>20</sup>. Zo klagen patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom veelal ook over hoofdpijn, spierpijn en problemen met het geheugen en de concentratie. Patiënten met fibromyalgie geven vaak aan dat zij naast pijn ook last hebben van vermoeidheidsklachten. Daarnaast blijken patiënten met deze ziektebeelden in een aantal gevallen baat te hebben bij dezelfde behandelaanpak. Om de arboprofessional een overzicht te geven van de belangrijkste kenmerken van functionele syndromen worden hierbij de grote lijnen beschreven.

### 6.2.1 Diagnostische criteria

Om genoemde klachtenbeelden te kunnen classificeren hanteren klinisch specialisten een combinatie van specifieke criteria. Voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), ook wel myalgische encephalitis genoemd (de patiëntenvereniging en meerdere wetenschappers spreken van ME/CVS), zijn er bijvoorbeeld internationale criteria<sup>61</sup>. Deze zijn herzien door Fukuda<sup>62</sup> en er is een internationale consensusbijeenkomst<sup>63</sup> over diagnostiek en behandeling geweest. Volgens deze criteria dient de patiënt minimaal vier klachten uit een lijst van acht klachten (zoals moeheid, spierpijn, zere keel, hoofdpijn en slaapklachten) te hebben. Verder dient een andere somatische verklaring uitgesloten te zijn, is het niet het gevolg van een voortdurende inspanning, helpt rust onvoldoende, dient het geleid te hebben tot een aanzienlijke vermindering van het vroegere activiteitsniveau en dienen de klachten een bepaalde tijd te bestaan (bij het chronisch vermoeidheidssyndroom zes maanden of langer). Is er sprake van chronische vermoeidheid, maar voldoet de werknemer niet aan dergelijke criteria, dan is er formeel geen sprake van het chronisch vermoeidheidssyndroom maar van idio-

## Vervolg achtergrondstudie

patische chronische vermoeidheid. Dit is van belang voor onderzoeksdoeleinden. Het belang voor de praktijk van de arboprofessional is moeilijk aan te geven, zij het dat de prognose voor herstel gunstiger wordt naarmate de werknemer aan minder criteria voldoet.

Voor de arboprofessional is het diagnostisch gezien goed te bewaken dat somatische aandoeningen voldoende zijn uitgesloten en dat er geen sprake is van secundaire somatisatie of een somatoforme stoornis in engere zin.

### 6.2.2 Oorzaken van functionele syndromen

Naar de oorzaak van de diverse klachtenbeelden is veel onderzoek verricht. Maar reproduceerbare, algemeen geaccepteerde en voor de arboprofessional praktisch bruikbare onderzoeksresultaten over de oorzaken zijn helaas niet voorhanden. Samengevat begint een functioneel syndroom regelmatig na een infectie of trauma. Na verloop van tijd zijn er hiervan geen of beperkte kenmerken meer aanwezig. Hiervoor zijn andere factoren in de plaats gekomen die de klachten in stand lijken te houden. Wellicht bestaat er bij sommige mensen ook een bepaalde predispositie hiervoor. De patiënt loopt het gevaar in een negatieve spiraal te belanden. Vanwege de klachten worden minder activiteiten ondernomen. Dit leidt tot conditieverlies zodat de patiënt nog sneller vermoeid raakt ('deconditionering'). Bij functionele syndromen richt de behandeling zich met name op de factoren die de klachten (mede) in stand houden (zie [paragraaf 3.3](#) en [6.2.3](#)). Een voorbeeld hiervan is de multidisciplinaire aanpak, op basis van cognitief gedragsmatige aanpak en graded activity, bij patiënten met whiplash. De Kenniskring bepleit een dergelijke aanpak indien er binnen drie maanden onvoldoende herstel is, conform de richtlijnen van de [NVAB](#) voor lage rugklachten<sup>31</sup> en klachten aan arm, schouder of nek<sup>32</sup>. Deze richtlijnen pleiten tevens voor een begeleiding met behulp van graded activity indien er binnen vier weken nog geen werkhervatting bereikt is.

### 6.2.3 Algemene begeleiding- en behandelprincipes bij functionele syndromen

De gebruikelijke medische behandelingen (medicatie, fysiotherapie) leveren bij patiënten met functionele syndromen doorgaans weinig op. Zolang oorzaken niet duidelijker zijn, is het voor de arboprofessional zaak zich niet met de werknemer te verliezen in een eenzijdige discussie over de oorzaken, maar met name aandacht te besteden aan de gevolgen. Dit kan goed in een tweesporenbeleid. Hierbij wordt er veelal in overleg met de behandelende sector beleid ingezet om somatische oorzaken uit te sluiten. Anderzijds (in onderling overleg) wordt er aandacht besteed aan het beperken van negatieve gevolgen.



## Vervolg achtergrondstudie

Volgens de Kenniskring zouden arboprofessionals zich in de begeleiding met name moeten richten op de volgende aspecten:

- Reïntegratie, op basis van de geobjectiverde beperkingen en oorzaken.
- Uitsluiten van somatische oorzaken, psychiatrische aandoeningen en somatoforme stoornissen.
- Beperken van gevolgen zoals blijvende volledige arbeidsongeschiktheid, deconditionering en onnodig verlies van zelfvertrouwen (door verlies van contact met het werk, overmatig externaliseren en overmatige angst voor inspanning).

De Kenniskring komt tot deze aanbevelingen op basis van de volgende bevindingen:

- Functionele syndromen geven wisselende beperkingen en de ernstige vormen leiden vaak tot arbeidsongeschiktheid of werkeloosheid.
- Het spontaan herstel wisselt per aandoening en is laag bij de ernstige vormen (bij CMV 3-13 procent binnen twee jaar<sup>2</sup>, dit geldt niet voor het beloop in de eerste zes maanden bij idiopatische moeheid: 10-17 procent van diegenen die zich met de moeheidsklachten aan hun huisarts presenteren, voldoet zes maanden later aan de criteria van CVS).
- Het percentage onderliggende psychiatrische aandoeningen is hoger dan bij de algemene bevolking.
- De voornaamste behandelmethode waarvan effect is aangetoond betreft een aanpak die zich met name richt op de gevolgen zoals een cognitief gedragsmatige therapie en multidisciplinaire behandeling op basis van cognitief gedragsmatige therapie en/of graded activity. Per ziektebeeld dient op basis van literatuur en/of richtlijnen afgewogen te worden van welke aanpak effect is aangetoond.

In het kader van het bovenstaande is het verstandig om samen met de patiënt realistische behandeldoelen te formuleren waarbij het gaat om 'coping rather than curing'. Overleg met de huisarts wordt dringend geadviseerd om te voorkomen dat de patiënt wordt geconfronteerd met tegengestelde adviezen. Blijkens de onofficiële resultaten van een TNO-onderzoek over ME/ CVS en werk<sup>64</sup> bepalen bij werkende CVS-patiënten vooral de ervaren beperkingen de kans op (blijvende) arbeidsongeschiktheid. Er waren geen andere factoren die de kans op arbeidsongeschiktheid significant beïnvloedden. Reïntegratie van arbeidsongeschikte CVS-patiënten verliep significant beter door beeldschermwerk, hulpmiddelen als werkaanpassingen en frequente contacten met de arbodienst.

Op basis van recent onderzoek is gebleken<sup>65</sup> dat toepassing van cognitieve



## Vervolg achtergrondstudie

gedragmatige therapie door huisartsen niet effectief was bij patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Prins<sup>43</sup> toonde aan dat cognitieve gedragmatige begeleiding door psychologen bij patiënten met CVS (met een aanpassing in de CDC-criteria) wel effect gaf, buiten de groep patiënten (eenderde) die verwickeld was in een beroepsprocedure in het kader van de WAO of de groep patiënten (een kwart) die gekenmerkt werd door een constant laag activiteitenpatroon.

Op basis van wat eerder in dit hoofdstuk gesteld is pleit de Kenniskring ervoor om werknemers met functionele syndromen, die aan alle klinische criteria voldoen en met achterblijvend functioneringsherstel, niet in de eerstelijns arbozorg te begeleiden. Concreet pleit de Kenniskring ervoor werknemers met het idiopathische chronische vermoeidheid te motiveren tot cognitieve gedragstherapie<sup>\*66</sup>. Dit geldt met name als er aanwijzingen zijn voor cognitieve gedragmatige factoren, er geen beroepsprocedure loopt en er geen sprake is van een constant laag activiteitenpatroon. De gedragstherapie is in overleg met de werknemer en diens huisarts, na een genuanceerde uitleg over de te verwachten resultaten. Op basis van vergelijkbare argumenten pleit de Kenniskring ervoor werknemers met whiplashklachten en bekkeninstabiliteit, in samenhang met langer durend achterblijvend functioneringsherstel, te motiveren tot multidisciplinaire behandeling (zie ook [paragraaf 4.5](#) over behandeling bij specifieke klachten van het bewegingsapparaat).

### Fasering aanvullend onderzoek en lichamelijk onderzoek

Voor het doen van lichamelijk en aanvullend onderzoek bij de langdurige en ernstige vormen van functionele syndromen is het nuttig om de regels en de fasering te volgen die specialisten en huisartsen hebben opgesteld bij een door VWS geïnitieerd overleg<sup>67</sup>. Bij dergelijk onderzoek naar langer durende onverklaarde vermoeidheidsklachten werden drie fasen gehanteerd:

- *De acute fase* (0-6 weken): de periode vanaf het eerste consult waarin de klachten door de patiënt worden gepresenteerd en de maand daarna. Het

\* De Kenniskring baseert zich mede op het rapport<sup>66</sup> van College Van Zorgverzekeraars (CVZ) uit 2002 dat stelt dat cognitieve gedragmatige therapie bij CVS een aantoonbaar beter effect gaf dan lotgenotencontact. Echter, de kosteneffectiviteit was relatief gering en de gevolgen voor met name arbeid waren in de opzet van het onderzoek onvoldoende betrokken. Het CVZ beveelt aan tot het opzetten van kenniscentra rond CVS en opstarten van pilots voor de implementatie van behandeling van CVS-patiënten door cognitief gedragmatige therapie binnen RIAGG's. Op dit moment is de genoemde infrastructuur onvoldoende aanwezig en zijn er lange wachttijden bij RIAGG's voor cognitieve gedragstherapie. De aanbeveling van de Kenniskring kan daarom niet beschouwd worden als een dwingende richtlijn van de beroepsgroep. Wel kan verwijzing overwogen worden naar psychologen buiten RIAGG's, die ervaring hebben met cognitieve gedragmatige behandeling bij de doelgroep.

## Vervolg achtergrondstudie

belangrijkste doel is het uitsluiten van specifieke oorzaken van de klachten. Therapeutische interventies worden ontraden als er geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden. Als de arts via anamnese en lichamelijk onderzoek niet tot een duidelijke conclusie komt ten aanzien van de achtergrond van de klachten, is het zinvol om het klachtenbeloop gedurende een maand af te wachten. Verder diagnostisch onderzoek (bloedonderzoek, urineonderzoek) wordt niet zinvol geacht, tenzij het een 'oudere' patiënt betreft. Kan er geen duidelijk diagnose worden gesteld, dan zijn therapeutische interventies af te raden. De arts dient de achtergronden hiervan goed toe te lichten. Voor wat betreft de reïntegratie is er geen belemmering tot tijdcontingente hervatting van de werkzaamheden, rekening houdend met de beperkingen. Deze beperkingen dienen wel getoetst te zijn op consistentie en plausibiliteit<sup>45</sup> (dit geldt ook voor de opmerkingen over beperkingen in de volgende fasen).

- *De subacute fase* (6 weken – 6 maanden): de periode vanaf de tweede maand na het eerste consult tot zes maanden na het begin van de klachten en de daarmee gepaard gaande beperkingen. De belangrijkste doelen zijn het uitsluiten van specifieke medische en psychologische oorzaken van de klachten (volgens de Kenniskring conform het [werkmodel](#) in [paragraaf 4.3.2](#)). Diagnosestelling: bij aanhoudende klachten kan eventueel beperkt onderzoek plaatsvinden naar de specifieke oorzaken van klachten, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek, beeldvormend onderzoek of een consult bij een medisch specialist. Behalve het uitsluiten van andere lichamelijke oorzaken zal de arts zich ook moeten richten op psychologische mechanismen. Ook dient hij in kaart te brengen welke psychologische factoren een rol spelen bij het onderhouden van de klachten (zie [paragraaf 3.3](#): het gevolgenmodel). Kan er geen diagnose gesteld worden, dan zijn therapeutische interventies weer af te raden. Ook in deze fase geldt dat maximale tijdcontingente reïntegratie (in relatie tot beperkingen) kan worden nagestreefd. Confrontatie met de eigen beperkingen maakt in een aantal geval de verzuimonderhoudende beperkingen duidelijker.
- *De chronische fase*: de periode vanaf de zevende maand na het begin van de klachten en de daarmee gepaard gaande beperkingen. Het belangrijkste doel is het bevorderen van de kwaliteit van leven en verdere reïntegratie. Aan de patiënt kan worden uitgelegd dat de oorzaak van de klachten onbekend is maar dat herstel wel mogelijk is. Behandeling en begeleiding: er bestaat op dit moment geen effectieve behandeling voor de ziekte. Dit moet men ook meedelen aan de patiënt. Daarbij is het belangrijk dat de patiënt meer controle over de klachten gaat ervaren en daarmee leert te leven en werken.

## Vervolg achtergrondstudie

De bovenstaande fasehantering sluit aan bij het [werkmodel](#): met beperkte middelen en uitleg doen wat nodig is en onnodig onderzoek vermijden. Het lichamelijk onderzoek speelt hierbij een rol. Voor de aandachtspunten van het lichamelijk onderzoek verwijzen we naar [bijlage D](#).

### 6.3 Somatoforme stoornissen

Bij slechts een klein deel van de werknemers met somatoforme verschijnselen is er sprake van een somatoforme stoornis<sup>3</sup>. Hoe vaak een bedrijfsarts een werknemer met een somatoforme stoornis in de spreekkamer tegenkomt is nog onduidelijk. Tot de somatoforme stoornissen worden gerekend:

- somatisatiestoornis (prevalentie 0.2-2 procent);
- ongedifferentieerde somatoforme stoornis;
- conversiestoornis;
- pijnstoornis;
- hypochondrie (prevalentie 2-7 procent in de eerste lijn);
- morfodysforie (stoornis in de lichaamsbeleving);
- somatoforme stoornis niet anders gespecificeerd.

Voor het overzicht van alle somatoforme stoornissen en hun criteria verwijzen we naar [bijlage B](#). Voor de arboprofessional zijn de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, hypochondrie en pijnstoornis van specifiek belang omdat ze ook in de eerste lijn regelmatig voorkomen. De somatisatiestoornis en hypochondrie zijn verder van belang omdat veel werknemers met somatoforme verschijnselen hiervan subklinische kenmerken hebben. Dit houdt in dat ze niet geheel voldoen aan de gestelde criteria volgens DSM-IV, maar wel goed reageren op de behandelingsstrategie die oorspronkelijk voor deze ziektebeelden is ontwikkeld.

#### 6.3.1 Ongedifferentieerde somatoforme stoornis

Voor de arboprofessional is het van specifiek belang dat psychiaters een surmenage (die langer dan zes maanden duurt), burnout en functionele syndromen vanuit de criteria van de DSM-IV beschrijven als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis.

#### 6.3.2 Pijnstoornis

Over het algemeen wordt aangenomen dat ruim 10 procent van de bevolking hulp zoekt voor pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat<sup>68</sup>. Er is een spectrum van pijnklachten die duidelijk in verhouding zijn tot een duidelijke

## Vervolg achtergrondstudie

somatische aantoonbare oorzaak, via beheersbare pijnklachten waar die oorzaak onvoldoende aantoonbaar is, tot en met beelden waar de pijnklacht alles bepalend is en niet in verhouding tot de aantoonbare oorzaken. In het kader van deze Werkwijzer is de achtergrondinformatie over het laatste van belang.

De meeste gegevens over het natuurlijk beloop van chronische pijnklachten hebben betrekking op lage rugpijn. De overgrote meerderheid van de patiënten met acute rugpijn heeft een specifieke diagnose. Hoewel 60-90 procent van de bevolking op enig moment in het leven rugpijn ervaart<sup>69</sup> is het verloop van de klachten vrij gunstig te noemen. Slechts een deel van de mensen met rugklachten doet een beroep op de gezondheidszorg en een nog kleiner deel verzuimt de arbeid wegens de klachten. Van de groep die zich wegens rugpijnklachten heeft ziek gemeld, is 90 procent na een periode van vier weken weer aan het werk. De klachten komen bij mannen en vrouwen ongeveer evenveel voor. Lage rugpijn is, in tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, geen ouderdomskwaal. De hoogste prevalentie wordt tussen de veertig en zestig jaar gesignaleerd<sup>70, 71</sup>. Volgens de studie van de Quebec Task Force on Spinal Disorders<sup>72</sup> is 74 procent van de groep acute lage-rugpijnpatiënten binnen een periode van vier weken weer aan het werk. Van de overige 26 procent heeft 1 procent een specifieke diagnose. De kans op langdurig verzuim neemt aanzienlijk toe na vier weken arbeidsverzuim. In totaal heeft 17 procent van de acute-rugpijnpatiënten langer dan zeven weken klachten en blijft arbeidsongeschikt. Bij twaalf weken is van de groep rugpijnpatiënten 13 procent nog arbeidsongeschikt, bij zes maanden is dat 8 procent. In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en chronische rugpijn, afhankelijk van de duur van de klachten en de objectieerbare somatische bevindingen. In tegenstelling tot chronische rugpijn is acute rugpijn kortstondig en te beschouwen als een onmiddellijke respons op een vorm van weefselschade. Acute rugpijn zou monodisciplinair en volgens het traditionele ziektemodel kunnen worden behandeld. Wanneer pijnklachten langer duren dan op basis van de objectieerbare bevindingen te verwachten is, wordt bij voorkeur de term 'chronische pijnsyndroom' (CPS) gebruikt<sup>73</sup>. In de literatuur komen verschillende tijdsriteria voor over wanneer over chronische pijn wordt gesproken. Volgens de International Association for the Study of Pain<sup>74</sup> is dat na zes maanden en volgens Spitzer, LeBlanc en Depuis<sup>72</sup> al na zeven weken. Bij chronische rugpijn wordt aangeraden zo snel mogelijk een interdisciplinaire en gedragsgeoriënteerde interventie aan te bieden. Hierbij is het aan te raden de therapiebereidheid te bevorderen door het volgen van de stappen van de reat-tributietechniek.

## Vervolg achtergrondstudie

### 6.3.3 Hypochondrie

In het [Addendum](#) bij het [werkmodel](#) is beschreven welke aanpak in de eerste lijn door [Blankenstein](#) wordt voorgesteld. Dit is voor de arboprofessional van belang omdat hypochondrie vaker voorkomt (2-7 procent in de eerste lijn) dan de somatisatiestoornis. In lichtere vorm ('subtresholdform') zal het nog vaker voorkomen, hetgeen de arboprofessional merkt aan een overmatige ongerustheid en angst (wel te onderscheiden van een angststoornis doordat de angst gekoppeld moet zijn aan de vrees voor een ernstige ziekte). Hierbij volgt een toelichting op de technieken zoals beschreven door Blankenstein, gebaseerd op onderzoek van psychiaters<sup>75</sup>. Aangetoond is dat een cognitief gedragsmatige aanpak, vergelijkbaar met die voor somatisatiestoornis, effectief is.

#### 1. Effectief geruststellen

De timing is belangrijk. Laat eerst merken dat u de bezorgdheid van de werknemer gehoord hebt, doe pas hierna lichamelijk onderzoek. Vertel duidelijk de conclusies, zodat de werknemer weet waarop de geruststelling gebaseerd is. Vertel dat u ervaring hebt met dit soort problemen, zodat de werknemer makkelijker in uw oordeel kan mee gaan. Zwak de ongerustheid niet af ("ik begrijp dat u een beetje ongerust bent"), maar versterk het eerder ("ik heb de indruk dat u doodsbang bent voor een hartinfarct") zodat de werknemer zich meer herkend voelt. Stoppen met geruststellen doet u als voor dezelfde klacht twee keer een degelijke geruststelling hebt gegeven. Verdere herhaling zal niet werken en de werknemer raakt 'verslaafd' aan de geruststelling. De aanpak is in het algemeen direct en congruent: "Ik heb nu drie keer vergeefs geprobeerd u gerust te stellen en een vierde keer heeft geen zin. Ik ben van plan daarmee te stoppen. Laten we zoeken naar een manier waarop u zelf leert omgaan met uw ongerustheid."

#### 2. Drie technieken voor verder beleid na stoppen met geruststellen

Wanneer de arboprofessional stopt met geruststellen is er nog altijd een ernstig ongeruste werknemer. Met de onderstaande technieken kan worden verder gegaan. Een ervaren en getrainde bedrijfsarts kan dit toepassen. Anders is het raadzaam om naar een psycholoog te verwijzen en de begeleiding daarop af te stemmen.

#### A. INGAAN OP DE MEEST ALARMERENDE GEDACHTE

- Vraag de werknemer naar diens alarmerende gedachten, hoe groot acht de werknemer de kans daarop en hoe sterk is zijn of haar behoefte aan geruststelling?
- Doe een 'final test'. Dit kan lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek of een verwijzing zijn. Kies voor de meest betrouwbare test met het oog op de

## Vervolg achtergrondstudie

gevreesde ziekte, bijvoorbeeld een inspannings-ECG in plaats van een gewoon ECG bij angst voor hartaandoeningen. Leg uit dat u dit niet nodig acht uit medisch oogpunt maar met het oog op de bezorgdheid. Leg de te verwachten resultaten uit.

- Vraag de werknemer opnieuw alarmerende gedachten te noemen, de kans te schatten en de behoefte aan geruststelling. Wanneer de werknemer gerust blijft is het probleem opgelost.
- Blijven de alarmerende gedachten aanwezig dan kunt u concluderen dat zelfs het meest betrouwbare onderzoek de ongerustheid niet kan weg nemen. De angst zal blijven tenzij de werknemer het probleem ook anders wil aanpakken. Hiervoor is vaak een verwijzing naar een psycholoog of psychiater nodig.

### B. UITDAGEN VAN DE ALARMERENDE GEDACHTEN

Dit is een andere manier om in te gaan op alarmerende gedachten. Hiervoor zet u de volgende stappen:

- Vraag naar de meest alarmerende hypothese: Wat denkt u als ergste over deze klacht?
- Hoe groot acht u de kans hierop? Vraag door naar argumenten.
- Ziet u ook een andere mogelijke verklaring voor de klacht? (alternatieve hypothese)
- Hoe groot acht u de kans hierop? Welke argumenten pleiten hiervoor?
- Schat nu opnieuw de kans op de alarmerende hypothese. Deze blijkt vaak veel lager uit te vallen. Door dit proces wordt het voor de werknemer vaak acceptabel de alternatieve hypothese te geloven.

### C. EXPOSURE

Analoog aan de aanpak bij angststoornissen wordt de werknemer gevraagd zich bloot te stellen aan gezondheidsangst, in plaats van angstgevoelens te ontlopen. Hiervoor zijn er drie manieren:

- Vraag de werknemer zijn gezondheidsangsten thuis op te schrijven. Opschrijven vereist dat hij de angst toelaat en niet meteen wegdrukt.
- Niet vermijden maar opzoeken van angst oproepende prikkels. Dit kan voor een tobber betekenen een uur per dag 'verplicht' te tobben over de gezondheid.
- Paradoxaal; geef de werknemer de opdracht een hartaanval/pijn te provoceren. Hierdoor blijkt vaak dat de omzichtigheid waarmee klacht uitlokkende situaties vermeden werd, onnodig zijn.



## Vervolg achtergrondstudie

Als het via deze technieken lukt om de werknemer te laten zien dat niet zijn lichaam het probleem is maar zijn ziekteangst, wordt het een kunst dit inzicht consequent te blijven benoemen steeds als de ziekteangst weer opspeelt. Mogelijk komt er een moment dat de werknemer voelt voor verwijzing naar de tweedelijns cognitieve gedragstherapie. Daarmee worden goede resultaten geboekt: tot 70 procent verbetert sterk volgens onderzoek waaraan Blankenstein<sup>35</sup> refereert.

### 6.3.4 Somatisatiestoornis

De somatisatiestoornis is één van de meest uitgesproken vormen van somatisatie. Om te voldoen aan deze diagnose moet er bij de werknemer sprake zijn van een patroon dat voor het dertigste levensjaar begonnen is. Verder moet hij voor minstens twaalf symptomen hulp hebben gezocht zonder dat er daarvoor een duidelijk medische verklaring is gevonden.

De prevalentie<sup>76</sup> varieert van 0,1 procent in de Verenigde Staten tot 0,7 procent in Puerto Rico. In psychiatrische settings is dit hoger: 6-12 procent wordt genoemd<sup>77</sup>. De prevalentie in Nederland is niet bekend. Aangenomen mag worden dat dit beeld door selectie in de werkende populatie minder voorkomt dan in de algemene bevolking, aangezien deze mensen vaker werkeloos zijn en vaker disfunctioneren in hun persoonlijke en beroepsleven<sup>78</sup>. Deze patiënten hebben in hun jeugd meer dan gemiddeld te maken gehad met mishandeling, misbruik, echtscheiding en alcohol- en drugsverslaving van andere gezinsleden<sup>10, 77</sup>.

De relevantie voor de arboprofessional (met name indien werkzaam in de tweedelijns arbozorg) is dat hij aan de diagnose moet denken bij een patroon, beginnend voor het dertigste levensjaar. Voor het overige is het relevant dat de werkzame begeleidingstechnieken (reattributie, gedragsregels volgens [bijlage A](#)) bij een somatisatiestoornis, ook werkzaam zijn bij de lichtere vormen. Dit heeft diverse onderzoekers tot de stelling gebracht dat somatisatiestoornis een statistische diagnose is en dat het een spectrum van beelden betreft<sup>10, 18, 57</sup>. De visie van de Kenniskring sluit hierop aan.



# Aanbevelingen

- |          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | Leidt alle arboprofessionals die betrokken zijn bij de directe verzuimbegeleiding, op in de techniek van de reattributie. Voorstel is het door de Kenniskring ontwikkelde <a href="#">werkmodel</a> als inhoudelijke grondslag te gebruiken.   |
| <b>B</b> | Bevorder in KNMG-verband de samenwerking tussen behandelend arts en arboprofessional bij werknemers met somatisatie. Onze suggesties hiervoor zijn: <ul style="list-style-type: none"><li>· Maak deze Werkwijzer in KNMG-verband bekend en verspreid deze.</li><li>· Organiseer workshops over deze thematiek met deelname van behandelende artsen en arboprofessionals.</li></ul> |
| <b>C</b> | Rust de tweedelijns arbozorg toe met specifieke expertise voor de aanpak van somatisatie.  |
| <b>D</b> | Start een pilot met behulp van het liaisonmodel (consultatie door de arboprofessional van een psychiater of het eenmalig zien van de werknemer door de psychiater) om te bezien of dit leidt tot grotere effectiviteit in de begeleiding van de arboprofessional en meer tevredenheid bij de werknemer.  |
| <b>E</b> | Licht werkgevers voor (diegenen die een belangrijke rol hebben in de directe verzuimbegeleiding) over de voorgestelde werkwijze.   |
| <b>F</b> | Ontwikkel voorlichting ten behoeve van de positie van de werknemer. De Kenniskring denkt aan folders over rol van arbodienst en het spreekuur in het algemeen en in het bijzonder over de aanpak van lichamelijke klachten zonder duidelijk objectiveerbare oorzaak (psycho-educatie).   |
| <b>G</b> | Onderzoek de effecten van de Werkwijzer (bijvoorbeeld op de gemiddelde verzuimduur bij deze soort klachten).   |
| <b>H</b> | Onderzoek de effectiviteit van het <a href="#">werkmodel</a> bij professionals die een training in de reattributietechniek hebben gehad.   |
| <b>I</b> | Betrek arboprofessionals bij de opzet van kenniscentra voor de aanpak van het chronisch vermoeidheidssyndroom en verbreed dit naar de ontwikkeling van expertise voor behandel- en begeleidingsprincipes bij functionele syndromen in het algemeen.  |
| <b>J</b> | Doe vervolgonderzoek naar de diagnostische en begeleidingsaspecten voor arboprofessionals bij de meest voorkomende functionele syndromen.  |

# Literatuur

- 1) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten, Utrecht, 2000
- 2) Van der Horst, H.E., Somatisatie, een veelzijdig fenomeen, in: Van der Feltz-Cornelis, C.M., H.E. van der Horst, *Handboek somatisatie*, De Tijdstroom Uitgeverij, 2003; pagina: 15-27
- 3) Speckens, A.E.M., A.M. van Hemert, P. Spinhoven, K.E. Hawton, H.G.M. Rooijmans, 'Gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie voor onverklaarde lichamelijke klachten; een gerandomiseerd onderzoek', *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 1996; 140: 1227-32
- 4) Lipowski, Z.J., Somatization: The concept and its clinical application. *Am. J. Psychiater* 1988; 145: 1358-68
- 5) Swinkels, J.A., hoogleraar psychiatrie AMC Amsterdam, mondelinge mededeling naar aanleiding van openbaar debat 19.11.2003
- 6) Swinkels, J.A., hoogleraar psychiatrie AMC Amsterdam, schriftelijke mededeling naar aanleiding van openbaar debat 19.11.2003
- 7) Swinkels, J.A., hoogleraar psychiatrie AMC Amsterdam, mondelinge mededeling naar aanleiding van openbaar debat 19.11.2003
- 8) Visser, S., Somatisatie, in: Kaptein, A.A., B. Garssen, J. Dekker, H.W.J. van Marwijk, P.J.G. Schreurs, R. Beunderman, *Psychologie en geneeskunde*, Bohn Stafleu van Loghum, 2000, pagina: 15-31
- 9) Glazenburg, B.E., M.S. Vos, *Uw gehoor is uitstekend! 'Wat zegt u dokter?'* Hoofdstuk 1 en 15, Kugler Publications, Den Haag, 2003
- 10) Meerum Terwogt, M., C. Rieffe, J.D. Bosch, *Emoties en zelfbeeld als indicatoren voor somatische klachten bij kinderen*, *TSG* 2003; 81(5): 274-280
- 11) Kirmayer, L.J., J.M. Robbins, J. Paris, *Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress*, *J of Abnormal Psychology*, 1994; 102: 125-36
- 12) Speckens, A.E.M., Ph. Spinhoven, Y.R. van Rood, *Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie*, in: Keijsers, G.P.J., A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin (red), *Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2*, hoofdstuk 8, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 1999
- 13) Fordyce, W.E., J. Brockway, J. Bergman, D. Spengler, *A control group comparison of behavioural versus traditional management methods in acute low back pain*, *Journal of Behavioral Medicine*, 1986; 2: 127-140
- 14) STECR-Werkwijzer 'Aanpak Problematisch Verzuim', STECR, Hoofddorp, oktober 2002

## Vervolg literatuur

- 15) Hofman, A., D.E. Grobbee, J. Lubsen, *Klinische epidemiologie*, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht, 1996
- 16) Hengeveld, M.W., W.J. Schudel, *Het psychiatrisch onderzoek*, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht, 1997
- 17) De Swaan, A., 'Het medisch regiem (III): uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht', in: *De mens is de mens een zorg*, Meulenhof, Amsterdam, zesde druk, 1997, pag. 216
- 18) Terluin, B., I.J. Duijsens, *Handleiding van de Vierdimensionale Klachtenlijst*, Leiderdorp: Datec, 2002
- 19) Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., *Current concepts of somatization, Research and clinical perspectives*, Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1991
- 20) Sensky, T., Editorial, *Somatization: syndromes or processes? Psychother psychosom* 1994; 61: 1-3
- 21) Wessely, S., C. Nimnuan, M. Sharpe, 'Functional somatic syndromes: one or many?' *Lancet*, 1999; 354: 936-39
- 22) Swinkels, J.A., hoogleraar psychiatrie AMC Amsterdam, bewerking door Keniskring van schriftelijke mededeling, naar aanleiding van openbaar debat 19.11.2003
- 23) Lamberts, H., I.M. Hofmans-Okkes, *The classification of psychological and social problems in general practise, Huisarts wet* 1993;36: 5-13
- 24) Okkes, I.M., S.K. Oskam, H. Lamberts, *The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians Journal of Family Practice* 51(1): 31-36, 2002
- 25) *Assist Sociaal Medische Begeleiding van allochtonen*, STECR, Hoofddorp, 2003
- 26) Gureje, O., G.E. Simon., T.B. Ustun, D.P. Goldberg, *Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care*. 1997; 154: 989-95
- 27) Meijer, S.A. et all., *Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren*. Nivel, Trimbos-instituut, SGB0, 2003
- 28) Neomagnus, J.H., B. Terluin, L.P.J. Aulbers, J. Hekman, F.B. Van Heest, K. Van der Meer, A.C.M. Romeijnders, J.S. Burgers, *NHG-Standaard Angststoornissen*, 1997
- 29) Van Balkom, A.J.L.M., R. Van Dyck, R. Gijsen, M.J.J.C. Poos, *Angststoornissen – omvang van het probleem*. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2003
- 30) Gijsen, R., Poos M.J.J.C. *Depressie – omvang van het probleem*. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2003
- 31) Terluin, B., *Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn*, *Huisarts en Wetenschap*, 1998; 41: 219-228

## Vervolg literatuur

- 32) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek, Utrecht, 2003
- 33) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten, Utrecht, 1999
- 34) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Verenigingsstandpunt 'Het transparante spreekuur', Eindhoven, 2002
- 35) Blankenstein, N.A., Somatising patients in general practice; reattribution, a promising approach, dissertatie, Vrije Universiteit, Amsterdam, oktober 2001
- 36) Goldberg R.J., Novack D.H., L. Gask, The recognition and management of somatization, What is needed in primary care training, *Psychosomatics*, 1992; 33: 55-61
- 37) Smith, G.R., Monson R.A., G. Ray, Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization,. *Arch Intern. Med.* 1986; 146: 69-72
- 38) Van der Zwaard, R., Grundmeijer G.L.M., Somatisatiestoornis: klinisch beeld en behandeling, *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 1994; 138: 595-99
- 39) Mondelinge mededeling J. van der Klink, opleider NSPOH en hoofdauteur 'Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten'
- 40) Hoedeman, R., J.H.L. Wijers, In het belang van de werknemer. De tijd als richtsnoer bij reïntegratie. *Medisch Contact.* 2002; 57: 1568-1571
- 41) Van Doornen, L.P.J., 'Stress, mind and the body', *De Psycholoog*, 2000; 1: pag. 114-118
- 42) Van Doornen, L.P.J., Descartes, stress en functionele klachten, 2002; 3: 114-118
- 43) Prins, J., Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome, dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003
- 44) Keijsers, G.P.J., A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin (red), *Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 1 en 2*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 1999
- 45) Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, TICA, Amsterdam, 1996
- 46) Bellamy, R., Compensation neurosis, Financial reward for illness as nocebo, *Clinical Orthopedics and related research*, 1997; 336: 94-106
- 47) Escobar, J.I., A. Burnam, M. Karno, A. Forsythe, J.M. Golding, Somatisation in the community, *Archives of General Psychiatry*, 1987; 44: 713-18
- 48) Hoedeman, R., Bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige en somatisatie, *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 2000; 3: 67-73
- 49) Barsky, A.J., J.F. Borus, Functional somatic syndromes, *Ann Intern Med*, 1999; 130: 910-921

## Vervolg literatuur

- 50) Göthe, C.J., C. Molin, C.G. Nilsson, The environmental somatization syndrome, *Psychosomatics*, 1995; 36: 1-11
- 51) Cullen, M.R., The worker with multiple chemical sensitivities: an overview, in Cullen M.R. (ed). *Occupational Medicine: State of the art reviews*, Philadelphia: Hanley and Belfus, 1987, blz. 655-662
- 52) Simon, G.E., W.J. Keaton, P.J. Sparks, Allergic to life: psychological factors in environmental illness, *Am J Psychiatry*, 1990; 147: 901-6
- 53) Sociale zekerheid en zorg; rapport, Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 2003
- 54) Barsky, A.J., J.F. Borus, Somatization and medicalisation in the era of managed care, *JAMA* 274 (24): 1931-34, 1995
- 55) Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985. Mol. A., Van Lieshout P. SUN. Nijmegen.1989
- 56) Swinkels, J.A., hoogleraar psychiatrie AMC Amsterdam, schriftelijke mededeling naar aanleiding van openbaar debat 19.11.2003
- 57) Bridges, K.W., D.P. Goldberg, Somatic presentations of DSM III psychiatric disorders in primary care, *J of Psychosom Res*; 1985; 29; 563-69
- 58) Van den Brink, W., A. Leenstra, J. Ormel, G. van de Willige, Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis, *J of Affect Disorders*, 1991; 21: 273-284
- 59) Kroenke, K., R.L. Spitzer, F.V. de Gruy III, R.H. Hahn, M. Linzer, J.B.W. Williams, Mutisomatiform Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 145: 1358-68
- 60) Van der Feltz-Cornelis, C.M., Psychiatric consultation for patients with somatoform disorder in general practice, dissertatie, Amsterdam, 2002
- 61) Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Infectious Diseases, Atlanta, Georgia, 1995
- 62) Fukuda, K., S. Straus, I. Hickie et al, The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study, *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-959
- 63) Carruthers, B.M., A.K. Jain, K.L. de Meirleir, D.L. Peterson, N.G. Klimas, A.M. Lerner et al, Myalgic Encephalitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols, *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 2003; 11: 7-115
- 64) Blatter, B.M., R. van den Berg, D. van Putten, ME/CVS en werk, TNO-rapport 1810106/14358, TNO Arbeid, Hoofddorp, Publicatie in voorbereiding
- 65) Huibers M. Fatigue among employees. Treatment in primary care and associations with chronic fatigue syndrom. Dissertatie. Universiteit van Maastricht. 2003
- 66) Van Essen, M., L.J.M. de Winter, Rapport: Cognitieve gedragstherapie bij

## Vervolg literatuur

- het chronisch vermoeidheidssyndroom, College voor zorgverzekeringen, juni 2002
- 67) Van der Meer, J.W.M., P.M. Rijken, G. Bleijenberg, S. Thomas, R.J. Hinloopen, J.M. Bensing, Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten, Ned Tijdschr Geneesk., 1997; 141: 1516-9
  - 68) Tulder, M.W. van, B.W. Koes, L.M. Bouter, A cost -of -illness study of back pain in the Netherlands, Pain, 1995; 62: 233-240
  - 69) Waddell, G., A new clinical model for the treatment of low back pain, Spine, 1987; 7: 632-644
  - 70) Flor, H., D.C. Turk, Etiological theories and treatments for chronic back pain, II, Psychological models and interventions, Pain, 1984; 19: 209-233
  - 71) Haanen, H.C.M., Een epidemiologisch onderzoek naar lage-rugpijn, dissertatie, Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1984
  - 72) Spitzer, W.O., F.E. LeBlanc, M. Depuis, Scientific approach to the assessment an management of activity-related spinal disorders: report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders, Spine, 1987, 12 (suppl. 7) S1-S59
  - 73) Vlaeyen, W.S., M.J. Kole-Snijders, H. van Eek, Bohn Stafleu Van Loghum, – III – (Praktijkreeks gedragstherapie; dl. 5), 1996
  - 74) International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy, Classification of chronic pain, descriptions, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, Pain, 1986, Supplement 3, 1-225
  - 75) Magarinos, M., U. Zafar, K. Nissenon, C. Blanco, Epidemiology and treatment of hypochondriasis, CNS Drugs, 2002; 16: 9-22
  - 76) Escobar, J.I., Pharmacological treatment of somatization/hypochondriasis, Psychofarmacology Bulletin, 1996; 32: 589-596
  - 77) Bass, C., Somatization: Physical symptoms & psychological illness, Oxford. Blackwell scientific publications, 1990
  - 78) Chadda, R.K., M.S. Bhatia, S. Shome, K.N. Thakur, Psychosocial dysfunction in somatizing patients, British Journal of Psychiatry, 1993; 163: 510-13

# Bijlagen

## A. Gedragsregels volgens Van der Zwaard

De gedragsregels die bij de aanpak van de somatisatiestoornis effectief zijn gebleken, zijn door Van der Zwaard op basis van de literatuur samengevat. Hij veronderstelt dat deze regels ook effectief zullen zijn bij de aanpak van lichtere vormen in de eerste lijn.

### 1. Realiseren van een arts-patiëntrelatie

Een empathisch contact met een vaste arts kan de behoefte van de patiënt aan 'shopping' beperken.

### 2. Vaststellen van een realistisch behandeldoel

Wat hiermee bereikt kan worden is een vermindering van de medische consumptie, en een verbetering van het beroepsmatig en sociaal functioneren. Deze behandeldoelen kunnen in samenspraak met de patiënt geformuleerd worden, waarbij benadrukt dient te worden dat bij een jarenlang durend patroon van klachten, het niet in het vermogen van de arts ligt alle symptomen te verklaren of te genezen.

### 3. Acceptatie van de klachten door de hulpverlener

De psychodynamiek die aan de afwijzing van een niet-organische verklaring ten grondslag ligt, is eerder te beschouwen als een manier van communiceren dan van ziekte. Gedragstherapeutische interventies zoals positieve aanmoedigingen, kunnen gebruikt worden om gezond gedrag te stimuleren. Aan het ziektegedrag dient zo weinig mogelijk aandacht geschonken te worden.

### 4. Aanbieden van regelmatige, gestructureerde contacten

Patiënten met een somatisatiestoornis hebben de neiging de arts (of eerstehulpvoorziening) ogenblikkelijk te consulteren bij voor hen alarmerende symptomen. Dit kan voorkomen worden door elke vier tot zes weken een afspraak te maken. Het doel hiervan is de gewenste onafhankelijkheid tussen optreden van symptomen en arts-patiëntrelatie te verhogen.

### 5. Evalueren van oude en nieuwe klachten

In verband met het risico om juist bij deze groep een organische aandoening te miskennen is lichamelijk onderzoek bij elke nieuwe klacht zinvol. Bovendien voelt zich de patiënt zich hierdoor serieus genomen.

## Vervolg bijlagen

**6. Vermijden van diagnostische procedures**

Verwijzingen naar somatisch specialisten en laboratoriumonderzoek dienen zoveel mogelijk te worden vermeden.

**7. Verklaaren van de bevindingen aan de patiënt**

Hiervoor zijn fysiologische en descriptieve verklaringen (verhoogde spierspanning bij rugklachten, onrustige peristaltiek bij darmklachten) het meest geschikt omdat de patiënt zich hiermee bevestigd voelt in de ernst van de klacht en in verband met de 'diagnose'.

**8. Vermijden en afbouwen van medicatie**

Indien nodig dienen medicijnen laag gedoseerd te worden en gestaakt te worden indien er geen verbetering optreedt om een somatisatie versterkend regime te voorkomen.

**9. Behandelen van comorbiditeit**

Aangenomen wordt dat met name depressie evengoed op therapie reageert als zonder de somatisatiestoornis. Daarnaast is een actieve opstelling nodig om (seksueel) misbruik uit de jeugd bespreekbaar te maken en verwijzing daarvoor te realiseren.

**10. Onderhouden van contacten met gezinsleden**

Tegenover de familie dient benadrukt te worden dat het ziektegedrag niet teveel bekrachtigd moet worden. Dit contact kan gebruikt worden voor heteroanamnestische gegevens.

## Vervolg bijlagen

**B. Criteria somatoforme stoornissen volgens DSM-IV****Somatisatiestoornis**

- A. Een voorgeschiedenis van vele lichamelijke klachten, beginnend voor het dertigste levensjaar. De klachten zijn een aantal jaren aanwezig, en hebben geleid tot het zoeken van behandeling of tot significante beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- B. Aan elk van de volgende criteria moet zijn voldaan, waarbij de afzonderlijke symptomen (zie ook onderstaande tabel) op elk moment in het beloop van de stoornis kunnen voorkomen:
- (1) Vier pijnklachten: een voorgeschiedenis van pijn die verband houdt met tenminste vier verschillende lokalisaties of functies (bijvoorbeeld hoofd, buik, rug, gewrichten, extremiteiten, borst, rectum, tijdens de menstruatie, tijdens de geslachtsgemeenschap of tijdens de mictie).
  - (2) Twee gastro-intestinale klachten: een voorgeschiedenis van tenminste twee gastro-intestinale klachten en anders dan pijn (bijvoorbeeld misselijkheid, opgeblazen gevoel, braken buiten zwangerschap, diarree of intolerantie voor een aantal voedingsmiddelen).
  - (3) Eén seksuele klacht: een voorgeschiedenis met tenminste één klacht op het gebied van de seksualiteit of voortplanting en anders dan pijn (bijvoorbeeld seksuele onverschilligheid, disfunctie bij erectie of ejaculatie, onregelmatige menses, overvloedige menstruele bloedingen, braken tijdens de gehele duur van de zwangerschap).
  - (4) Eén pseudoneurologisch syndroom: een voorgeschiedenis met tenminste één symptoom of uitvalsverschijnsel dat doet denken aan een neurologische aandoening en niet beperkt is tot pijn (conversiesymptomen zoals stoornissen in de coördinatie of evenwicht, paralyse of gelokaliseerde spierzwakte, slikproblemen of brok in de keel, afonie, urineretentie, hallucinaties, verlies van de tast- of pijnzin, dubbelzien, blindheid, doofheid, toevallen; dissociatieve verschijnselen zoals amnesie; of bewustzijnsverlies anders dan flauwvallen).
- C. Ofwel (1) of (2)
- (1) Na adequaat medisch onderzoek is geen van de symptomen van criterium B eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het directe effect van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel).
  - (2) Indien er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht wordt op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.
- D. De symptomen worden niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij

## Vervolg bijlagen

<b>Gastro-intestinale symptomen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Braken</li> <li>2. Buikpijn</li> <li>3. Misselijkheid</li> <li>4. Opgeblazen gevoel in de buik</li> <li>5. Diarree</li> <li>6. Niet verdragen diverse voedingsmiddelen</li> </ol>	<b>Pijnsymptomen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pijn in de extremiteiten</li> <li>8. Pijn in de rug</li> <li>9. Pijn in de gewrichten</li> <li>10. Pijn bij het urineren</li> <li>11. Andere pijn (m.u.v. hoofdpijn)</li> </ol>
<b>Cardiopulmonale symptomen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kortademigheid zonder inspanning</li> <li>13. Hartkloppingen</li> <li>14. Pijn op de borst</li> <li>15. Duizeligheid</li> </ol>	<b>Conversie of pseudo-neurologische symptomen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Amnesie</li> <li>17. Slikklachten</li> <li>18. Verlies van de stem</li> <li>19. Doofheid</li> <li>20. Dubbelzien</li> <li>21. Wazig zien</li> <li>22. Blindheid</li> <li>23. Flauwvallen of verlies van bewustzijn</li> <li>24. Toevallen of convulsies</li> <li>25. Loopstoornis</li> <li>26. Verlamming of spierziekte</li> <li>27. Urineretentie of moeite met urineren</li> </ol>
<b>Psychosexuele symptomen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>28. Branderig gevoel geslachtsorganen</li> <li>29. Onverschilligheid t.o.v. seksualiteit</li> <li>30. Pijn tijdens coïtus</li> <li>31. Impotentie</li> </ol>	<b>Klachten vrouwelijke geslachtsorganen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>32. Menstratiepijnen</li> <li>33. Onregelmatige menstruatie</li> <li>34. Overmatig bloedverlies</li> <li>35. Braken tijdens de zwangerschap</li> </ol>

## Vervolg bijlagen

**Ongedifferentieerde somatoforme stoornis**

- A. Eén of meer lichamelijke klachten (bijvoorbeeld moeheid, verlies van eetlust, gastro-intestinale of mictieklachten).
- B. Ofwel (1) ofwel (2)
  - (1) Na adequaat medisch onderzoek zijn de symptomen niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het direct effect van een middel (bijvoorbeeld drug of geneesmiddel).
  - (2) Indien er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht wordt op grond van anamnese, lichamenlijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
- E. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een andere somatoforme stoornis, seksuele dysfunctie, stemmingsstoornis, angststoornis, slaapstoornis of psychotische stoornis).
- F. Het symptoom wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie).

**Conversiestoornis**

- A. Een of meer symptomen of uitvalsverschijnselen die de willekeurige motorische of sensorische functies betreffen, die doen denken aan een neurologische of andere somatische aandoening.
- B. Psychische factoren worden verondersteld samen te hangen met het symptoom of uitvalsverschijnselen omdat het begin of het verergeren van het symptoom of uitvalsverschijnselen voorafgegaan wordt door conflicten of andere stressveroorzakende factoren.
- C. Het symptoom of uitvalsverschijnsel wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie).
- D. Het syndroom of uitvalsverschijnsel is, na adequaat medisch onderzoek niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het direct effect van een middel of als een cultureel aanvaarde vorm van gedrag of ervaring.
- E. Het symptoom of uitvalsverschijnsel veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen, of rechtvaardigt medisch onderzoek.
- F. Het symptoom of uitvalsverschijnsel is niet beperkt tot pijn of seksuele dysfunctie, komt niet uitsluitend voor in het beloop van een somatisatiestoornis en is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

## Vervolg bijlagen

Het symptoom of uitvalsverschijnsel nader specificeren:

- met motorische symptomen of uitvalsverschijnselen;
- met sensorische symptomen of uitvalsverschijnselen;
- met toevallen of conclusies;
- met gemengd beeld.

### Pijnstoornis

- A. Pijn in een of meer anatomische lokalisaties vormt de belangrijkste presentatie en is van voldoende ernst om medische zorg te rechtvaardigen.
- B. De pijn veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. Psychische factoren worden verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het voortduren van de pijn.
- D. De pijn wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij de nagebootste stoornis of simulatie).
- E. De pijn is niet eerder toe te schrijven aan een stemmingsstoornis, angststoornis of psychotische stoornis en voldoet niet aan de criteria voor een dyspareunie.

*Nader specificeren in:*

- pijnstoornis gebonden aan psychische factoren;
- pijnstoornis gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening;
- pijnstoornis gebonden aan een somatische aandoening.

### Hypochondrie

- A. Preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een verkeerde interpretatie van lichamelijke symptomen.
- B. De preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.
- C. De overtuiging in criterium A heeft niet de intensiteit van een waan (zoals bij een waanstoornis, somatische type) en is niet beperkt tot een omschreven bezorgdheid over het uiterlijk (zoals bij de stoornis in de lichaamsbeleving).
- D. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E. De duur van de stoornis is ten minste zes maanden.
- F. De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, depressieve episode, separatie-angststoornis of een andere somatoforme stoornis.

**Vervolg bijlagen****Stoornis in de lichaamsbeleving**

- A. Preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Indien er een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van betrokkene duidelijk overdreven.
- B. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- C. De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld ontevredenheid over de lichaamsvorm en omvang bij anorexia nervosa).

**Somatoforme stoornis Niet Anders Omschreven (NAO)**

Deze categorie omvat stoornissen met somatoforme symptomen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke stoornis. Tot de voorbeelden horen:

- 1) Pseudocyesis: de foutieve overtuiging zwanger te zijn waarbij objectieve verschijnselen kunnen optreden van zwangerschap, zoals abdominale zwelling (hoewel de navel niet verstreken is), verminderde menstruele bloedingen, amenorrhoe, subjectieve beleving van foetale bewegingen, misselijkheid, toegenomen borstgrootte en melksecretie en pijnlijke barensweeën op de verwachte bevallingsdatum. Endocrinologische veranderingen kunnen aanwezig zijn, maar het syndroom kan niet verklaard worden door een somatische aandoening die de endocrinologische veranderingen veroorzaakt (bijvoorbeeld tumor met hormoonsecretie).
- 2) Een stoornis met niet-psychotische hypochondrische symptomen, korter dan zes maanden.
- 3) Een stoornis met onverklaarde lichamelijke klachten (bijvoorbeeld moeheid of lichamelijke zwakte), die korter is dan zes maanden en niet het gevolg is van een andere psychische stoornis.

## Vervolg bijlagen

## C. Beschrijving vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)

### De vierdimensionale klachtenlijst

De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) is geconstrueerd op basis van een klachtenlijst met 96 symptomen van surmenage en niet-psychotische psychiatrische stoornissen volgens de DSM-III-R (Terluin, B. & Duijsens, I.). De 4DKL meet distress, depressie, angst en somatisatie als aparte dimensies en kan helpen een onderscheid te maken tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen.

### Distress-schaal

De distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie). Een *lage score* op distress (0-10) is doorgaans als normaal aan te duiden. Enige distress is onder normale levensomstandigheden een veel voorkomende ervaring omdat stress nou eenmaal bij het normale leven hoort. Een *matig verhoogde score* op distress (11-20) wijst op de aanwezigheid van een serieus stressprobleem dat in potentie de gezondheid en het normale functioneren kan bedreigen. Het is dus zaak de oorzaak van de stress te identificeren en activiteiten te ontplooiën om de stressproblemen op te lossen en het distressniveau te reduceren. Meestal heeft de persoon nog controle over zijn situatie. De oorzaak is meestal psychosociaal, soms wordt een matig verhoogde score veroorzaakt door een lichamelijke ziekte of aandoening. Psychische stoornissen, zoals depressief of angststoornissen, die relatief licht zijn of gedeeltelijk in remissie zijn, kunnen gepaard gaan met een matig verhoogde distress-score. Een *sterk verhoogde score* op distress (21-32) wijst op de aanwezigheid van een ernstig stressprobleem. De oorzaak is psychosociale stress en/of een psychische stoornis, vaak depressies of angststoornissen. Bij een sterk verhoogde score wordt het normale functioneren ernstig bedreigd door prikkelbaarheid (conflicten), energieverlies (afkeer van inspanning), concentratieproblemen (fouten) en motivatieverlies (nergens toe kunnen komen). Het 'afhaken' door een ziekmelding is vaker een kwestie van niet meer kunnen dan niet meer willen. Een sterk verhoogde distress-score in combinatie met een lage score op depressie en angst bij iemand die gedecompenseerd is, is typisch voor surmenage (overspanning).

### Depressieschaal

De depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities. Een *lage score* op de depressie (1-2) wijst in het algemeen niet op het bestaan van een echte depressieve stemmingsstoornis. Dergelijke lage scores worden regelmatig gezien bij personen met

## Vervolg bijlagen

een matige of sterk verhoogde distress-scores. Een *matig verhoogde score* op depressie (3-5) wijst op het mogelijk bestaan van een stemmingsstoornis. Deze score kan ook een uiting zijn van een zeer ernstige mate van distress, een stemmingsstoornis in gedeeltelijke remissie, dan wel een chronische lichte depressie (dysthymie). Andere gegevens zijn noodzakelijk voor een goede diagnose. Een *sterk verhoogde score* op depressie (6-12) wijst vrijwel zeker op het bestaan van een stemmingsstoornis. Een sterk verhoogde depressiescore gaat praktisch altijd gepaard met een (sterk) verhoogde distress-score.

### Angstschaal

De angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst. Een *lage score* op angst (1-8) wijst hooguit op het bestaan van enige angstigheid, danwel het gevolg zijn van een hoge distress-score, waarbij een lichte mate van angstigheid wordt geactiveerd als gevolg van distress. Een *matig verhoogde score* op angst (9-12) wijst op het mogelijk bestaan van een lichte angststoornis met weinig vermijdingsgedrag. Ook kan deze score soms verklaard worden door een zeer ernstige mate van distress, of een gedeeltelijk onder controle zijnde angststoornis.

Een *sterk verhoogde score* op angst (13-24) wijst vrijwel zeker op het bestaan van een of meer angststoornissen zoals omschreven in de DSM-IV. Een sterk verhoogde angst-score gaat bijna altijd gepaard met een (sterk) verhoogde distress-score, en kan ook gepaard gaan met een verhoogde depressiescore. Welke stoornis primair is, kan in veel gevallen worden achterhaald door de anamnese over het ontstaan van klachten uit te diepen.

### Somatisatieschaal

De somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten. Een *lage score* op somatisatie (0-10) wordt gezien als een normale reactie op de bij het normale leven behorende stress. Bij een *matig verhoogde score* op somatisatie (11-20) vormt somatisatie vaak een alternatief voor distress, en is er zelden sprake van een lichamelijke aandoening. Een *sterk verhoogde score* op somatisatie (21-35) duidt op een serieus proces van somatische fixatie. Daarbij raakt de patiënt gevangen in een vicieuze cirkel van lichamelijke klachten, ongerustheid over de lichamelijke gezondheid, verhoogde aandacht voor lichamelijke klachten en een verlaagde waarnemingsdrempel voor lichamelijke sensaties. Een sterk verhoogde score gaat vrijwel altijd gepaard met een sterk verhoogde distress-score, en vaak ook met een (matig of sterk) verhoogde angstscore.

## Vervolg bijlagen

### D. Het lichamelijk onderzoek bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten

Een afwijking m.b.t.:	Kan wijzen op:
Aatrofie	Myopathie, multiple sclerose
Cardiale souffles	Bacteriele endocarditis, mitralisstenose
Gewrichten (bijv. pijn)	Rheumatoide arthritis
Habitus	M. Cushing, hypothyreoidie, acromegalie
Huid:	
- beharing	Insufficiëntie van hypofyse of bijnierschors
- erytheem gelaat	Systemische lupus erythematodes
- kleur:	
* blauw	Decompensatio cordis
* bleek	Anaemie
* geel	Leverinsufficiëntie
- pigmentatie	Bijnierschorsinsufficiëntie, leverinsufficiëntie
- spider naevi	Leverinsufficiëntie
Lever/milt	Proliferatieve bloedziekten, leverpathologie
Lymfeklieren	Infecties, neoplasmata
Oedeem	Lever-, nier-, hartfalen
Schildklier	Hyper-/hypothyreoidie
Spierkrachten en reflexen	Myopathie, multiple sclerose

## Vervolg bijlagen

**E. DSM-IV-criteria van depressieve episode en angststoornis**  
**Depressieve episode (Major Depressive Episode)**

- A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; tenminste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse op plezier.  
NB: Sluit symptomen uit die duidelijk het gevolg zijn van een somatische aandoening, of stemmingsincongruente wanen of hallucinaties.
- (1) Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld zich verdrietig of leeg voelen) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld betraand lijken).
  - (2) Duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie van anderen).
  - (3) Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat een dieet gevolgd wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in een maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
  - (4) Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag.
  - (5) Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
  - (6) Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
  - (7) Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag.
  - (8) Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.
  - (9) Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.
- B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde episode'.
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

## Vervolg bijlagen

- D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).
- E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

### **Angststoornissen (Anxiety Disorders) - Paniekaanval of 'panic attack'**

NB: Een paniekaanval is geen codeerbare stoornis. Codeer de specifieke diagnose waarbij paniekaanvallen voorkomen.

Een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen, waarbij vier (of meer) van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen tien minuten een maximum bereiken:

1. hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie;
2. transpireren;
3. trillen of beven;
4. gevoel van ademnood of verstikking;
5. naar adem snakken;
6. pijn of onaangenaam gevoel op de borst;
7. misselijkheid of buikkolken;
8. gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte;
9. derealisatie of depersonalisatie;
10. angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden;
11. angst dood te gaan;
12. paresthesieën (verdoofde of tintelende gevoelens);
13. opvliegers of koude rillingen.

### **Paniekstoornis zonder agorafobie - (Panic Disorder Without Agoraphobia)**

A. Zowel (1) als (2):

- (1) recidiverende onverwachte paniekaanvallen (zie bovenstaande);
- (2) na tenminste één van de aanvallen was er een maand (of langer) met één (of meer) van de volgende:
  - (a) Voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval.
  - (b) Bezorgdheid over de verwickelingen of de consequenties van de

**Vervolg bijlagen**

aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden').

- (c) Een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen.
- B. Afwezigheid van agorafobie.
- C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie).
- D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie (bijvoorbeeld bij blootstelling aan gevreesde sociale situaties), specifieke fobie (bijvoorbeeld bij blootstelling aan een specifieke fobische situatie), obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld bij blootstelling aan vuil bij iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld in reactie op prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor) of separatie-angststoornis (bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten).

## Vervolg bijlagen

## F. Adviezen voor gespreksvoering door werkgever

## ! Do's

(De voorbeelden staan cursief gedrukt.)

- Erken de klacht, toon er begrip voor. *“Vervelend, dat je rugpijn hebt.”*
- Focus op de gevolgen voor het werk en niet op de oorzaken van de klacht, omdat dit de presentatie van klachten versterkt. *“Ik begrijp dat je al enige tijd last van rugpijn hebt. Vervelend. Heeft dit gevolgen voor jouw werk?”*
- Vraag naar mogelijkheden en beperkingen. *“Nu je rugpijn hebt, wil ik graag weten of dit invloed op je heeft om goed je werk te kunnen doen. Kun je net als anders, wanneer je geen rugpijn hebt, je werk doen of zijn er taken die je nu niet of anders moet doen?”*
- Vraag hoe in het werk ondersteund kan worden om werken toch mogelijk te maken. *“Wat kan ik voor jou doen of regelen, zodat je toch je werk goed kunt doen? Heb je hier zelf ideeën over?”*
- Vraag na het tonen van belangstelling en een inventarisatie van consequenties of er onderliggende oorzaken zijn met de intentie mee te werken aan gezamenlijke oplossingen. *“...en is er verder misschien nog iets waarom je zo'n last van rugpijn hebt?”*
- Wees duidelijk over wat er wel, maar ook wat er niet kan in het werk qua oplossingen. *“Wat je voorstelde lijkt me niet haalbaar, omdat... (reden aangeven). Wat is volgens jou een redelijke oplossing?”*
- Geef aan wat voor het werk oplossingen zijn voor niet-medische problemen (bijvoorbeeld calamiteitenverlof, zorgverlof en ouderschapsverlof). *“Als ik zo hoor wat er gaande is, wil ik toch graag zoeken naar een structurele oplossing. Een oplossing die jou de ruimte geeft om jouw (privé)problemen op te lossen en die voor mij zorgt dat ik op je kan rekenen als je hier op het werk bent. Ik denk bijvoorbeeld aan een dag ouderschapsverlof per week. Zou dit voldoende zijn?”*
- Geef mogelijkheden en verantwoordelijkheden aan van de werkgever, de werknemer en de arbodienst als het verzuim langer gaat duren. *“Mocht dit, zoals het er nu uitziet, allemaal wat langer gaan duren, dan krijg je een oproep van de arbodienst voor een gesprek. De arbodienst is volgens de nieuwe wetgeving verplicht om een analyse te maken van wat er aan de hand is en een advies te geven. Als jouw leidinggevende zal ik meewerken aan een goede oplossing.”*
- Met name bij langer durend verzuim is het belangrijk genoemde uitgangspunten te hanteren. Houd telefonisch contact, waarbij u belangstellend vraagt hoe het met de werknemer gaat en hem informeert over de laatste ontwikkelingen op het werk. Een werknemer moet niet het gevoel krijgen dat hij gemakkelijk

## Vervolg bijlagen

gemist kan worden!

- Als een stap uit het bovenstaande niet lukt, check dit eenmalig en stop dan. Overweeg of de voorgaande stappen adequaat zijn verlopen en hoe de strategie moet worden bijgesteld, bijvoorbeeld fasering van de gesprekken om meer duidelijkheid te verkrijgen over het verloop of inschakeling van de arbodienst.
- Bij herhaaldelijk verzuim of disfunctioneren is het advies om het gedrag van de werknemer objectief te benoemen en welke consequenties dit heeft voor het werk. Volg het bovenstaande.
- Mochten de klachten toenemen of als blijkt dat het verzuimpatroon niet te doorbreken is, geef dan de mogelijkheid om de arbodienst in te schakelen. De arbodienst kan verheldering van het probleem geven en een voorstel van mogelijke interventies aanbieden.
- Delegeer of laat u trainen voor verzuimbegeleiding als u bovenstaande technieken niet kunt hanteren.

### ! Don'ts

- De klacht negeren, bagatelliseren en erover in discussie gaan.
- Niet zonder duidelijke indicatie aandringen op een somatische verklaring, huisartsenbezoek of verwijzing naar fysiotherapeut of specialist.
- Een 'psychische verklaring' geven die niet aansluit bij de beleving van de werknemer.
- Direct overgaan op het aanspreken van de werknemer op de consequenties.
- Druk uitoefenen voor reïntegratie zonder dit te kunnen onderbouwen.
- Contact opnemen met werknemer met als doel hem ter verantwoording te roepen.
- Passief afwachten en niets doen.